

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 16 Juillet 1908, à 1 heure

PAR

Joseph DUCHAZEAUBENEIX

Externe des Hôpitaux de Paris
et de la Maternité de Lariboisière

DES INFECTIONS DES SEINS

Durant l'Allaitement

Et de leur Traitement par la Glace

Président : M. BAR, professeur

Juges { MM. HARTMANN, professeur
LENORMANT, agrégé
JEANNIN, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1908



355

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 16 Juillet 1908, à 1 heure

PAR

Joseph DUCHAZEABENEIX

Externe des Hôpitaux de Paris
et de la Maternité de Lariboisière

DES INFECTIONS DES SEINS

Durant l'Allaitement

Et de leur Traitement par la Glace



Président : M. BAR, professeur

Juges { MM. HARTMANN, professeur
LENORMANT, agrégé
JEANNIN, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

—
1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	BRISSAUD
	DEJERINE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	PIERRE MARIE
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils.....	QUENU
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	GILBERT BALLET
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
Clinique médicale.....	HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
Maladies des enfants.....	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU
	BERGER
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.....	DR LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	PINARD
	BAR
	RICHEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR A MON BEAU-FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

DES

INFECTIONS DES SEINS DURANT L'ALLAITEMENT

ET

De leur Traitement par la Glace

INTRODUCTION

Durant le cours de l'année que nous venons de passer en fin d'études à l'importante maternité de Lariboisière l'un des faits qui nous ont le plus surpris a été certainement de constater combien rares étaient les abcès du sein chez les femmes accouchées dans le service. Combien de ces femmes se présentant dans un état plus ou moins conforme aux règles de l'hygiène devaient cependant offrir un terrain favorable à la moindre infection. Car de par sa situation, à proximité de Montmartre, la partie de la banlieue qu'il est appelé à hospitaliser, la classe souvent très misérable qu'il est destiné à secourir, Lariboisière, quoique offrant par sa construction relativement récente

de réels avantages sur certains hôpitaux, semble à prime abord tout désigné pour voir subsister ces grands foyers d'infection que l'on voit encore fleurir de nos jours. Que de fois nous avons pu vérifier par nous-même tout le bien-fondé de cette assertion, assistant, malgré les efforts de tous, à l'agonie parfois foudroyante de quelques-unes de ces malheureuses. Cependant, chez ces femmes habituées à se négliger, ne connaissant bien des fois nulle règle de propreté, parfois se flattant de les mépriser nous n'avons vu que bien rarement la main de l'accoucheur forcée à prendre le bistouri et à ouvrir la voie à une collection purulente du sein.

Ce n'est pas que par suite de précautions extraordinairement méticuleuses et sévères on soit toujours arrivé à éviter tout début d'infection. La statistique que nous fournirons dans cette thèse, concernant les six dernières années, prouvera au contraire que, si ces infections sont relativement moins nombreuses qu'autrefois, elles ne sont pas encore une rareté et qu'elles sont même fréquentes. Il faut avouer que le résultat obtenu est déjà beau si on tient compte du milieu qu'on est appelé à juger. Aussi nous est-il arrivé maintes fois, surtout au début de notre séjour, d'en manifester notre étonnement, alors qu'autour de nous nous voyions tout le monde tenir cela comme la chose la plus naturelle du monde. Un tel résultat nous paraissait d'autant plus superbe que le traitement qu'on opposait à ces débuts d'infections était plus simple, plus banal, nous voulons parler de la glace.

Aussi est-ce avec un véritable empressement que nous avons accepté comme sujet de notre thèse d'attirer à nou-

veau l'attention sur ce traitement à la fois si facile et si efficace. Nous disons intentionnellement attirer à nouveau l'attention. Ce sujet, en effet, a déjà été traité par l'un de nos prédécesseurs. Mais nous ne croyons pas qu'on ait alors prêté à ce mode de traitement tout le mérite qu'il possède. C'est que, à cette époque, son inauguration était de date relativement récente, et notre collègue ne pouvait s'appuyer que sur les faits d'un an à peine. Aujourd'hui nous reprenons le même sujet apportant des faits nouveaux, aussi probants que ceux d'alors, s'appuyant en outre sur une longue série d'observations qui se sont multipliées durant les six années qui nous séparent de ce mémoire. Car depuis sept ans on ne connaît plus dans le service de notre Maître que ce seul traitement des phlegmasies mammaires. Ainsi apportant notre faible tribut au développement de la science, nous nous proposons d'envisager dans cette thèse tout ce qu'il y a de fondé dans cette confiance qu'on a prêtée devant nous et que, convaincu à notre tour, nous prêtons à l'emploi local de la glace comme traitement des infections des seins.

Nous nous efforcerons au cours de cette étude, en nous basant sur les expériences des différents auteurs, d'expliquer comment en la circonstance agit la glace. Nous rechercherons quels sont les réels avantages qu'elle nous semble offrir sur les traitements admis jusqu'à nos jours. Ce sera là la partie de beaucoup la plus importante, Nous ne pouvons toutefois passer sous silence l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, et la symptomatologie de ces affections, bien que, comme l'indique le titre que nous avons adopté, cette étude ne soit pas directement en rap-

port avec notre sujet. Nous en parlerons quelque peu, donnant juste les notions essentielles, nécessaires pour permettre à qui que ce soit de connaître *grosso modo* ces inflammations et surtout de mieux comprendre le chapitre du traitement. Nous terminerons en apportant la statistique que nous avons pu établir et quelques observations prises un peu plus en détails.

Mais avant d'entreprendre cet exposé nous demandons de pouvoir, au moment où nous allons achever nos études, nous remémorer les nombreux témoignages de bienveillante attention, parfois de réelle et solide amitié que nous reçûmes de nos maîtres. De notre séjour à Limoges nous aimons à retenir les noms de Lemaître, Raymond, Vouzelle, Donné qui furent nos professeurs à l'école, ceux de Raymond qui dirigea nos premiers pas dans la chirurgie et nous apprit les avantages d'une méticuleuse asepsie, de Thouvenet qui nous apprit à examiner un malade et à pratiquer une auscultation, de Chénieux dans le service duquel nous fûmes appelé à faire comme interne un trop court séjour. Il en est un dont nous aimerons tout particulièrement à nous souvenir, qui dans des circonstances douloureuses se montra pour nous non seulement le maître dévoué mais l'homme compatissant et l'ami fidèle. Que M. Descazals permette en ce moment à l'orphelin, à l'éprouvé de la première heure de lui témoigner à nouveau sa très vive reconnaissance et son profond dévouement.

Si Limoges fut pour nous clémente et douce, Paris ne laissa rien à désirer non plus sous le rapport des études au moins. Stagiaire dans les services de MM. Landouzy et Berger, externe de M. Thibierge nous n'avons eu qu'à

nous louer de l'enseignement que nous reçûmes. Mais de même qu'à Limoges, un nom nous restera particulièrement cher, celui de M. Richardière. L'élève et l'étudiant agonisant d'hier lui adressent un souvenir ému. Enfin nous remercions M. Bonnaire de son magistral enseignement et du sujet de thèse qu'il a bien voulu nous fournir.

Nous exprimons toute notre reconnaissance à M. Jeannin, professeur agrégé, à M. Tissier, accoucheur de la Charité; à M. Ravaut, médecin des Hôpitaux et à MM. les D^{rs} Keim, Schwab et Rouquès, pour tous les bons renseignements qu'ils nous ont fournis durant nos études.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

Comme nous l'avons annoncé au début, ce chapitre n'étant pas partie essentielle de notre sujet, nous ne nous attarderons pas à traiter longuement des idées plus ou moins fantaisistes émises par les savants des différentes époques sur l'étiologie des lésions des seins durant le cours de l'allaitement. Nous ne citerons que pour mémoire les théories « du poil » localisé au niveau de la glande soutenues par Hippocrate, Gallien, Albucassis, les médecins arabes et la plupart des médecins du moyen âge. Nous ne ferons que signaler également la théorie de l'engorgement laiteux de Ménard, la théorie de l'engorgement et de l'inflammation de Velpeau ou cette autre de Peter qui prétendait que, sous certaines influences et pour peu que la mamelle y soit incitée, au lieu de fabriquer du lait elle secréterait du pus. Nous passerons celle de Billroth et de Roser qui attribue les infections des seins à la manifestation d'une infection des organes génitaux. Nous en viendrons sans plus tarder aux théories admises à l'heure présente, plus conformes que les précédentes aux connaissances de la science et aux notions que nous possédons et sur le sein et sur l'action des microbes.

Toute affection des seins reconnaît, en effet, à l'instar de toute infection comme cause principale et efficiente l'action des microbes qui en la circonstance, comme en témoignent les expériences et les recherches de Cohn, Piante, Meritt, Cataliotti, Vignal, Bumm, Charrin, Brindeau, Branca, sont le plus souvent des staphylocoques blancs ou dorés, parfois quoique bien plus rarement, des streptocoques pyogènes. Quant aux autres microbes on ne signale leur présence que par exception. Kœnig cependant rapporte un cas où il aurait rencontré du bacille d'Eberth dans le pus retiré d'un sein. Sarfert de son côté cite un cas où il n'aurait pu découvrir que du gonocoque.

D'où viennent ces microbes. Trois voies peuvent leur livrer passage. L'une, la voie sanguine, n'est que rarement notée dans les différentes observations. C'est à peine si on en signale quatre ou cinq cas dont les plus incontestables sont ceux d'Escherich et de Kœnig. Ils supposent le plus souvent une septicémie. On comprendra dès lors leur rareté. Les infections mammaires ne se produisant généralement qu'à partir du septième jour, il est bien rare que l'organisme sous le coup d'une infection générale ait pu résister assez longtemps pour permettre une localisation quelconque. Il est sidéré auparavant.

A côté de la voie sanguine et suivies bien plus fréquemment qu'elle, existent la voie lymphatique et la voie des canaux galactophores. Ces voies sont pour ainsi dire désignées par la conformation de la mamelle, par le rôle qu'elle est appelée à jouer durant l'allaitement et par les nombreux traumatismes auxquels elle est momentanément exposée. Tandis que, en effet, les réseaux artériel et veineux cachés

plus ou moins profondément dans les tissus ne seront que rarements atteints, le réseau lymphatique, d'une richesse autrement grande, affleure l'épiderme et court le risque d'être lésé par la moindre érosion.

Quant à la voie des canaux excréteurs il nous suffira de signaler qu'elle est la seule des trois à être en libre communication avec l'extérieur pour que l'on comprenne combien fréquemment elle sera suivie.

Si le microbe est la cause nécessaire, il n'est pas toujours la cause suffisante. Combien nombreux sont les lieux de notre organisme où l'on en rencontre sans que nous en soyions cependant incommodés. Ils y vivent à l'état latent, à l'état de saprophytes. Il faut que certaines circonstances favorables viennent leur préparer le terrain et leur faciliter la tâche en leur rendant une partie de leur virulence perdue. C'est là le rôle des causes que nous diviserons en prédisposantes et en occasionnelles.

Parmi les causes prédisposantes nous rangerons à côté des maladies antérieures ayant rendu l'organisme débile, telles que tuberculose, lésions cardiaques, rhumatisme, abus de toutes sortes et toutes les maladies cachectisantes, toutes ces mille infériorités au sujet desquelles ont tant discuté les anciens auteurs. Nous les énumérerons simplement, sans nous mêler en rien à la discussion, nous contentant de prendre pour base de nos assertions les avis des maîtres les plus autorisés. Ce sont : le tempérament lymphatique de la femme, son facies blond (nous allions, tenté par l'heureuse expression de notre ancien maître Landouzy, dire son facies vénitien), la primiparité ou plus

exactement le premier allaitement et la mauvaise conformation du mamelon.

Il est certain qu'une femme réunissant un tel ensemble de conditions défavorables est beaucoup plus sujette à voir survenir quelque complication du côté de ses glandes mammaires. Faut-il encore que d'autres faits viennent ajouter leur action et, après avoir ouvert la voie aux microbes, leur rendent leur vitalité première et augmentent leur virulence. Ce sont les causes occasionnelles qui servent de moyen terme et de trait d'union. Au nombre de ces causes nous pouvons mettre : la présence de toute lésion purulente ou simplement infectée soit chez la mère (légère infection vaginale, ozène, tourniole, etc.) soit chez l'enfant (muguet, aphte, tourniole, ecthyma, eczéma, ophthalmie, coryza, etc.). Elles seront l'endroit où les mains des garde-malades, de l'enfant ou de la mère viendront chercher les microbes pour les transporter sur les seins par suite de négligence, de manque de soins et de précautions antiseptiques. La plus importante est toutefois sans contredit cette mauvaise habitude qu'ont la plupart des mères et surtout des jeunes-mères de ne pouvoir permettre le moindre pleur à l'enfant sans lui donner aussitôt le sein pour l'apaiser et le consoler. Elles amènent de la sorte les tétées à être au plus irrégulières, suscitent par ce fait joint à certaines particularités que nous allons avoir à signaler dans un instant la formation de crevasses ou facilitent l'infection des canaux de la glande. Qu'à cela, la trop longue durée des tétées, la malpropreté ou la négligence de laver et d'essuyer le mamelon après les tétées, de mettre le sein à l'abri des frottements ou des

traumatismes possibles viennent ajouter leur funeste concours et nous courons grand risque de voir apparaître l'une quelconque ou plusieurs des infections des seins.

Mais comment ces différentes causes en s'ajoutant l'une à l'autre, en se combinant dans des proportions variables peuvent-elles amener ces affections ? Quelles sont ces affections ?

CHAPITRE II

PATHOGENIE

Ici encore nous serions tentés, par suite de la longue discussion à laquelle ont pris part les plus grands maîtres de la chirurgie et de l'accouchement, de nous laisser aller sur la pente et de rappeler cette vive controverse avant d'exposer les théories admises et prouvées définitivement. Nous nous contenterons de dire que, à la théorie de Nélaton, de Sappey, de Richard reconnaissant comme unique cause des abcès du sein une lymphangite consécutive elle-même aux crevasses et aux gerçures du sein, Duplay, Lannelongue, Bouchacourt, Tripier et leurs élèves opposaient une théorie prétendant que le plus souvent l'inflammation partait du mamelon. De là elle pénétrait dans les canaux galactophores, suivait ces conduits et arrivait ainsi jusqu'aux lobules et aux acinis. A l'heure actuelle on est en quelque sorte eclectique. On reconnaît que les deux modes existent également et souvent en même temps. On se contente d'établir des divisions et de donner des noms différents à chaque espèce.

On distingue de la sorte comme phlegmasies mammaires des lymphangites superficielles, des lymphangites profon-

des, des abcès sous-cutanés qui, selon leur situation, seront ou aréolaires ou extra-aréolaires ou rétro-mammaires et pourront même revêtir l'apparence phlegmoneuse. Toutes ces inflammations sont le plus souvent d'origine lymphatique. A côté on trouve des galactophorites, des galactophoro-mastites et des abcès phlegmoneux par rupture des parois de la glande reconnaissant pour origine unique une infection remontant les canaux galactophores.

Comment expliquer d'une façon très générale la production de chacune de ces lésions ?

Pour celles qui reconnaissent comme origine une infection du réseau lymphatique, l'explication est assez simple. La mauvaise conformation du mamelon, qui oblige l'enfant à des suctions plus fortes et des efforts plus violents, jointe à la fragilité de l'épiderme, surtout chez la primipare, amènerait à chaque tétée la production de petites ecchymoses localisées au sommet ou à la base du mamelon. Ces suffusions sanguines en se desséchant, se transformeraient en croûtelles. La succion suivante en déterminerait la chute, mettant ainsi le derme à nu et rendant dès lors l'infection possible. Ce but sera atteint plus facilement encore si, par défaut d'hygiène, prolongation de la tétée ou manque de propreté, on laisse la salive de l'enfant ou le lait s'écouler du mamelon, préparer la voie et ramollir les cellules de l'épiderme. Si les traumatismes, les frottements, viennent ajouter leur action, on comprendra combien doivent être presque fatales ces lésions. Que l'enfant avec ses mains plus ou moins chargées de microbes, sa bouche où vivent en saprophytes tant d'espèces virulentes, que la mère par ses attouchements malpropres, ses linges plus ou moins

souillés apporte les microbes pathogènes et l'on sera bien près de voir éclore l'une quelconque des lésions.

Le plus communément ce sera une lymphangite superficielle que l'on aura à noter. Parfois, mais bien plus rarement, ce sera une lymphangite profonde. En cela rien de surprenant. Car ne voyons-nous pas maintes fois les ganglions de l'aîne pris tandis que sera intact le réseau lymphatique du pied où siège l'érosion d'où est partie l'infection. Que ces lésions évoluent vers la suppuration ou gagnent en étendue, se propagent ou se combinent entre elles et nous pourrions voir se manifester les différentes lésions signalées plus haut.

La galactophorite, la galactophoro-mastite et certains abcès du sein ne reconnaissent pas cependant dans la plupart des cas une telle origine. Pour eux les microbes déposés directement sur le mamelon ont gagné les voies canaliculaires sans intéresser le réseau lymphatique. Si les érosions, les excoriations, les gerçures, les fissures et les crevasses ont dans ces cas encore une influence réelle, leur action n'est en quelque sorte qu'indirecte et que favorisante. Elles sont par elles-mêmes un excellent milieu de culture pour les microbes. Par les souffrances qu'elles occasionnent elles rendent plus grande encore, si possible, la malpropreté des seins. Elles font espacer les tétées et sont ainsi cause de rétention. Aussi les microbes pourront non seulement pulluler à loisir dans ce milieu on ne peut plus favorable, mais ils trouveront toute tracée la voie qu'ils devront suivre. Le suintement du lait, la formation de croûtelles leur rendront la route facile, alors que les orifices des canaux galactophores, quoique

réduits de calibre mais toujours entr'ouverts pour laisser échapper leur trop plein, ne leur opposeront plus la barrière mécanique habituelle. Leur épithélium lui-même modifié, desquamé ou plus ou moins atteint dans sa vitalité ne pourra plus lutter avec succès. La phlegmasie ne tardera pas à paraître, car de son côté la succion ne viendra pas s'opposer à l'accroissement, à la multiplication des bactéries et à la formation du pus dans un milieu aussi favorable. Que le traitement tarde à paraître et à la première galactophorite succédera bientôt la galactophoro-mastite. Enfin, si l'inflammation après avoir amené la chute de l'épithélium des acinis se propage au tissu cellulaire inter et péri-mammaire, on aura une deuxième forme d'abcès ou de phlegmon du sein. Que souvent l'une et l'autre de ces voies interviennent à la fois, personne n'osera le mettre en doute. On verra que l'un des quelques cas d'abcès que nous aurons à signaler dans cette thèse paraît nettement avoir connu cette double origine.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions des infections mammaires ne diffèrent en rien des lésions analogues des autres organes.

La lymphangite superficielle ou profonde voit se produire sous l'action des microbes, après un temps plus ou moins long, la coagulation de la lymphe, l'infiltration des parois des canaux, la tuméfaction de l'épithélium puis sa desquamation. Il se forme de la sorte un thrombus ou bloc fibrineux contenant dans ses mailles serrées des globules blancs des cellules endothéliales, surtout des microbes dont il sera le véhicule. La présence de ce thrombus arrête le cours de la lymphe et se manifeste au toucher sous l'apparence d'un cordon plein et dur. S'il se joint à la lymphangite proprement dite de la périlymphangite, les cellules embryonnaires forment une sorte de couronne autour du vaisseau. Si l'affection évolue vers la suppuration, on comprendra que le pus puisse avoir une origine endo et périvasculaire par ramollissement du thrombus fibrineux et des lésions périvasculaires. Que ces thrombus forment des

noyaux isolés ou que l'on se trouve en présence d'embolies à distance, on aura ainsi des abcès multiples, éloignés et indépendants les uns des autres, quoique reconnaissant la même cause et la même origine.

La galactophorite ou la galactophoro-mastite ont-elles aussi pour première lésion une coagulation du lait. Cette coagulation est précédée toutefois d'une fermentation qui, sous l'action des microbes assurant l'acidité du milieu, transforme la lactose en acide lactique et acide butyrique. La caséine coagule, forme elle aussi un thrombus emprisonnant des globules graisseux, des cellules épithéliales, des leucocytes et des bactéries. Car sous l'influence de l'infection les cellules épithéliales se gonflent, leur protoplasma dégénère tandis que leur noyau est moins colorable. Elles ne tardent pas à desquamer et à disparaître la plupart. En même temps une infiltration embryonnaire de plus en plus considérable se localise autour des canaux galactophores et des acinis atteints. L'architecture de la glande, jusqu'alors conservée, ne tarde pas à être lésée. Toute systématisation des éléments disparaît et l'ensemble revêt l'apparence d'un tissu de granulation, avec des leucocytes polynucléaires, des cellules fixes ayant repris leur apparence embryonnaire et quelques rares fibrilles conjonctives épargnées par le processus inflammatoire. Les cloisons atteintes directement, par suite de la chute de l'épithélium, voient les bactéries se multiplier à leur intérieur, les éléments embryonnaires affluer. Elles se fragmentent donc et se détruisent.

La seule particularité que l'on puisse noter est que les cellules cubiques des canaux excréteurs au lieu de dégé-

néer et de desquamer selon le processus indiqué, peuvent revêtir l'apparence de lames de protoplasma parsemées de noyaux multiples, de sorte que l'on serait tenté de croire à la présence de myéloplaxes.

Les artères sont parfois entourées d'un manchon de cellules ayant subi un processus de régression, tandis que le noyau de leur endothélium est gonflé. Mais la circulation est rarement interrompue. On peut même les voir subsister à peu près intactes au milieu des foyers de suppuration. Les veines au contraire peuvent-être assez fréquemment thrombosées et lésées.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Ces lésions se révèlent à nous par des symptômes différents selon celle en présence de laquelle nous nous trouvons.

La lymphangite superficielle ou profonde reconnaît le plus souvent pour début un ensemble de symptômes généraux à apparence dramatique. Ce début qui se manifeste ordinairement du septième au dixième jour consiste en une céphalalgie violente, une courbature intense, une anorexie très marquée, une angoisse réelle, un malaise général accompagné d'un grand frisson avec claquements de dents et stade de froid suivi de stade de chaleur et de sueur. En même temps le pouls s'accélère, la respiration devient superficielle et plus fréquente, la température s'élève pouvant atteindre 40 ou 41 degrés. Peu après le sein devient lourd, douloureux et est sillonné, à l'endroit frappé, de traînées rouges ou marbré de placards de même couleur généralement situés à la partie inféro-externe et gagnant la région axillaire ou au contraire tout à fait à la partie supéro-interne et s'étendant vers le sternum.

Au palper le sein est chaud. La peau est sèche et rugueuse tandis que les veines accrues dans leur calibre le strient de gros traits bleus et multiples. Les canaux lymphatiques peuvent-être indurés et donner sous le doigt la sensation de cordons durs et tendus. Les ganglions de l'aisselle sont intéressés. Gros, durs, sensibles, roulant sous le doigt, ils donnent la sensation de corps étrangers introduits sous la peau et peuvent gêner plus ou moins les mouvements du bras.

Les signes de la lymphangite profonde ne diffèrent de ceux de la lymphangite superficielle que par l'absence de rougeur ou tout au moins par sa tardive apparition. Par contre on sent au palper un empâtement profond ou une sorte de masse dure mais régulière et sans nouëres intéressant une étendue de la glande, variable avec chaque cas.

Si dans l'une et l'autre affection le traitement n'intervient pas, ou fait trop tard n'est pas assez heureux pour amener une rétrocession, on voit les symptômes persister, s'aggraver. La rougeur augmente et en certains endroits prend une apparence violacée. Des noyaux plus durs apparaissent. Bientôt un toucher soigneux peut révéler de la fluctuation. A cet endroit une petite tumeur apparaît, grossit et devient chaque jour plus manifeste tandis que la peau s'amincit. L'abcès ne tarde pas à s'ouvrir. Selon les circonstances on pourra avoir affaire à un abcès unique mais volumineux ou à de multiples abcès miliaires.

La galactophorite débute vers la même époque que la lymphangite c'est-à-dire du septième au dixième jour après l'accouchement. Le début en est plus insidieux. Les symp-

tômes généraux existent dans la plupart des cas, mais ils ont besoin d'être soigneusement recherchés pour être notés. La céphalalgie est moins vive, la courbature moins intense, l'anorexie moins marquée, le malaise insignifiant. Seule l'angoisse absente entre les tétées peut être très vive lors de celles-ci. Le frisson est peu marqué si tant est qu'il existe. Le pouls est loin d'atteindre la même fréquence que dans la lymphangite. La respiration est également moins troublée.

A l'inspection du sein on ne remarque pas de rougeur, et la palpation ne révèle ni tuméfaction, ni induration, ni sensibilité des ganglions lymphatiques de l'aisselle, qui, en un mot, sont intacts. Par contre la douleur très vive est de beaucoup accrue par la succion. La glande est lourde, pesante, donnant, disent les femmes, une sensation de poids suspendu au côté du thorax.

La sécrétion lactée est diminuée. Néanmoins comme le calibre des canaux galactophores est réduit, comme la tétée est douloureuse on note très nettement de l'engorgement de la glande qui est distendue et pleine. La pression, au plus douloureuse, ne peut elle-même parvenir à faire sourdre que quelques rares gouttelettes de lait contenant des filaments grisâtres à reflets verdâtres que le microscope nous révèle être des filaments de pus et que Budin nous a appris à distinguer du lait. En effet, leur couleur est plus jaune, moins éclatante, plus grisâtre et plus verdâtre que celle du lait. Leur consistance est plus grande et plus homogène. Tandis que le lait pénètre très facilement, vite et profondément la toile ou l'ouate, le pus y reste plus superficiel, les pénètre moins et moins vite,

restant comme en relief. Alors que le lait quitte le mamelon à mesure qu'il sort et coule entraîné par sa fluidité, le pus s'accumule d'abord à l'orifice du conduit et lorsque sa masse est suffisante tombe entraîné par son poids.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une galactophoromastite, en plus de tous ces signes, la palpation révèle en certains endroits, correspondant aux lobules atteints, une masse douloureuse, irrégulière, dure et raboteuse dont les rugosités et les nodosités sont dues aux acinis enflammés et distendus.

Si l'infection après avoir triomphé des parois de la glande atteint le tissu inter et périlobulaire ou même péri-mammaire, on voit la glande jusqu'alors libre et mobile se fixer. L'induration gagne, perd ses bosselures pour devenir irrégulière encore, mais plus massive, plus dense et prendre les caractères de l'inflammation atteignant tout autre partie des tissus. Généralement apparaît à ce moment de la lymphangite avec trainées caractéristiques et adénite axillaire. Le palper ne tarde pas à révéler de la fluctuation tandis que la rougeur augmente, prend une teinte plus ou moins violacée et que la peau s'amincit. Si l'on n'intervient pas, le pus ne tarde pas à se faire jour après avoir perforé les téguments.

Enfin, si l'on se trouve en présence de lymphangite et de galactophorite ou de galactophoromastite, on trouve réunis les symptômes de l'une et de l'autre affection. Mais on a besoin d'une très vive attention pour établir ce qui revient à l'une et à l'autre. Car la lymphangite a pour privilège de masquer les bosselures de la galactophoromastite et de rendre l'expression plus douloureuse si bien que très

souvent on n'arrivera que difficilement, au prix de cris de douleur arrachés à la femme, à faire sourdre quelques gouttes de lait plus ou moins mélangées de pus et laissant subsister un certain doute.

Mais depuis longtemps, selon la remarque de Bouchut, le mauvais état de l'enfant présentant un teint plus ou moins pâle, de la diarrhée ou des abcès multiples aura révélé quelque chose d'anormal, aura dû attirer l'attention sur son alimentation et faire examiner avec soin les seins de la mère.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

I. — TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Après avoir montré quelles sont les lésions et établi quels sont les symptômes des phlegmasies mammaires, nous allons dire ce que l'on doit faire pour les prévenir, pour les soigner une fois constatées et parer à cette funeste complication qu'est l'abcès du sein.

Enumérer les divers conseils que l'on a donnés à ce sujet serait réellement superflu. Depuis de longues années la science et l'histoire ont jugé ces pratiques inspirées plutôt par des imaginations un peu vives que par un art réel. L'oubli le plus complet est devenu leur partage après quelques heures de célébrité au plus imméritée. On ne saurait être taxé d'exagération en affirmant que tout l'attirail pharmaceutique a été tour à tour employé et la plupart du temps, il faut bien l'avouer, avec un insuccès notoire. En cela rien d'étonnant pour nous. Car en ce faisant on ne cherchait nullement à lutter contre la cause véritable de ces phlegmasies, c'est-à-dire contre le microbe, puisqu'on était

très loin de soupçonner son existence. Tout au plus cherchait-on à parer à quelques-uns de leurs nombreux inconvénients et à en atténuer quelques symptômes.

Comme les infections mammaires sont le plus souvent précédées de crevasses, c'est contre elles qu'on peut en premier lieu diriger tous les efforts. On conseille le massage du mamelon ou la succion dès le huitième mois de la grossesse, des lotions froides (Trousseau) ou alcoolisées (Tarnier) ou des applications de glycéré de tannin pour corriger la mauvaise conformation du mamelon et tenter de donner à son épiderme un peu plus de résistance, pour le tanner pour ainsi dire.

Une fois les crevasses produites on a recours de préférence aux antiseptiques, soit l'eau boriquée à 30/1000 (Pinard), la solution du biiodure de mercure (Lepage), l'eau oxygénée (Walich), le sublimé à 0,25/1000 (Tarnier, Budin, M^{me} Henry), le pansement à l'orthoforme (Maygrier), le pansement au stérétol sur la crevasse seule (Audebert). M. Bonnaire emploie indifféremment le nitrate d'argent au 1/150 ou la glycérine alcoolisée à parties égales.

Certes ces derniers traitements ont une réelle influence pour amener une prompte cicatrisation de la petite plaie. Mais aujourd'hui, aidées des données de la science, nos prétentions ne s'arrêtent pas là. Connaissant le rôle joué par chaque cause nous ne désespérons pas, même les crevasses produites, de pouvoir par suite de soins heureux et intelligents éviter les phlegmasies mammaires. Pour atteindre ce but nous éloignerons des seins tout ce qui pourrait apporter les microbes et favoriser l'infection. C'est ainsi que dès le début on surveillera les yeux de

l'enfant et si l'on a à redouter une ophtalmie on les recouvrira d'un épais pansement afin d'éviter qu'ils ne viennent contaminer la crevasse. On aura bien soin de laver les petites mains de l'enfant avant de lui donner le sein. On les enveloppera de petits pansements si, ainsi que cela se voit fréquemment, une petite tourniole apparaît à l'un quelconque des doigts. Enfin, puisque les recherches ont établi depuis longtemps que la bouche elle-même contient de nombreuses bactéries qui vivant à l'état saprophyte n'attendent qu'un terrain favorable et un moment propice pour se multiplier et recouvrer leur virulence, on veillera à la propreté de la bouche de l'enfant. On la lui lavera avant chaque tétée avec un petit tampon d'ouate imbibée d'eau boriquée. On traitera les aphtes et le muguet dès qu'ils apparaîtront. On suspendra même momentanément l'allaitement pour le reprendre ensuite.

Mais s'il est des soins prophylactiques à prendre en ce qui concerne le nourrisson, à plus forte raison doit-on veiller à tout ce qui concerne la mère. Des toilettes viendront matin et soir assurer une propreté méticuleuse de la région vulvaire. Une garniture rappellera à la femme qu'elle doit scrupuleusement s'abstenir de tout attouchement. Ses mains seront brossées et savonnées avant de donner le sein. Les glandes seront aussi tenues dans un état de propreté irréprochable. Lavées avec un tampon de coton imbibé d'eau boriquée à 30/1000 avant et après la tétée, elles seront ensuite bien essuyées, recouvertes dans l'intervalle de compresses aseptiques et maintenues mais non comprimées par un bandage. Enfin s'il se manifestait quelque part une suppuration chez la mère on la soigne-

rait et éviterait que toute contagion puisse se faire par son intermédiaire.

Si ces règles étaient bien suivies on verrait encore réduit le nombre des infections des seins. C'est, bien souvent, leur trop grand et trop facile oubli, quand ce n'est pas leur mépris, qui fait que nous avons à noter même dans les maternités un si grand nombre de ces phlegmasies et à déplorer encore la production d'abcès.

II. — TRAITEMENT CURATIF

C'est pour avoir constaté fréquemment de semblables faits que de tous temps les accoucheurs et les chirurgiens ont cherché par quelque nouveau moyen à assurer la guérison de ces affections une fois produites. Ici encore nous n'exposerons que les traitements réellement efficaces, basés sur les connaissances bactériologiques et utilisés de nos jours.

Qu'ils se trouvent en présence de lymphangite superficielle ou profonde, de galactophorite ou de galactophoromastite, tous les auteurs sont d'accord pour demander le repos absolu de la glande et une bonne compression.

En ce qui concerne le repos absolu de la glande, pour l'exiger les accoucheurs s'appuient tour à tour, selon leurs préférences personnelles, sur l'intérêt de la mère ou sur l'intérêt de l'enfant. Car le lait qu'absorbe alors l'enfant est mauvais et peut occasionner chez lui des troubles sur lesquels Bouchut a le premier attiré l'attention et qui, dans certains cas, serviront de symptômes comme nous l'avons

dit plus haut. D'autres au contraire, reprochent à l'allaitement de traumatiser la mamelle et de favoriser la propagation de l'infection. Nous ne retiendrons, quelque motif que l'on invoque, que le jugement formel de M. Brindeau. Il résume en termes succincts l'opinion de tous : « Le nouveau-né ne doit téter le sein malade sous aucun prétexte ».

En ce qui est de la compression l'accord n'est pas moins unanime et tous les grands maîtres de l'accouchement ne cessent de le recommander soit dans leurs traités, soit dans les thèses de leurs élèves ainsi qu'en font foi les thèses d'Arbel, de M^{me} Bronislas-Dluski élève de M. Pinard, les relations de Duplay, de Varnier, les thèses de Cataliotti élève de Budin, de Bréal, de Guerra de Genève. Celui-ci va jusqu'à avancer que : « dans bien des cas, une douce compression ouatée et l'immobilisation du bras réussira à provoquer la résolution de la phlegmasie mammaire ».

Cette bonne entente cesse lorsqu'on en vient aux autres parties du traitement. Contre les lymphangites, Guerra préconise les cataplasmes de farine de lin fraîche. M. Pinard a eu recours nous disent ses élèves, aux pansements d'eau boriquée tiède à 30/1000 jusqu'en 1893. Depuis cette époque il préférerait les pansements au bioiodure de mercure patronés par son ancien élève M. Lepage. Varnier emploierait toujours l'eau boriquée tandis que M. Brindeau, c'est lui qui nous le dit dans l'*Union médicale* de 1896, les traite par des pulvérisations chaudes et des pansements humides. Budin, M^{me} Henry ont au contraire recours aux compresses imbibées d'une solution de sublimé à 1/5000.

Ces différents traitements présentent les uns et les

autres de réels avantages. Nous pensons toutefois qu'ils sont susceptibles de critiques qui ne sont pas sans valeur.

Pour juger l'emploi des cataplasmes de farine de lin nous ne voulons faire appel qu'à la thèse de Guerra lui-même. A la suite de l'exposé du traitement nous trouvons sa propre condamnation. Il dit, en effet : « On devrait abandonner l'application de cataplasmes de farine de lin. Car on voit trop souvent une forte éruption causée par ceux-ci. M. Lehallais attribue cette éruption aux matières albuminoïdes qui se modifient en présence de l'oxygène de l'air. Quand on se trouvera dans la nécessité d'employer ces cataplasmes, il faudra donner la préférence à la farine de lin bien fraîche qui est moins irritante que celle qui date de quelque temps. » Nous avons jugé bon de parler de ces cataplasmes. Car trop fréquemment encore, surtout dans nos contrées du Centre on les voit prescrits par des hommes de l'art. A leur suite le public ignorant s'est si bien convaincu de leur nécessité qu'il est venu à en faire usage machinalement et sans raison aucune quoique dans son langage imagé et sans s'en douter le moins du monde il les ait condamnés à l'exemple de Guerra. Ne dit-on pas, en effet, communément que leur but est de favoriser la formation du pus ou de faire « tirer ». Nous avons cru qu'il ne serait pas sans de réels avantages de chercher à réagir contre une pratique pour la condamnation de laquelle la science fournit de sévères arguments.

La plupart de ces arguments peuvent au reste être invoqués, à notre avis, pour diminuer notre enthousiasme en ce qui concerne l'emploi des pansements humides et tièdes d'une façon générale. Par leur usage longtemps continué

n'ont-ils pas le grand désavantage de ramollir l'épiderme, d'en susciter la chute, de mettre de la sorte le derme à nu et d'en favoriser l'infection. Heureux encore lorsqu'ils n'ont pas pour résultat de susciter une éruption quelconque, eczématiforme ou autre. Que de fois, au cours de nos études, nous avons pu voir survenir semblable lésion.

Quels sont par contre leurs avantages ? Arrivent-ils au moins à compenser largement ces inconvénients ? Ici nous nous contenterons de poser la question sans essayer de la résoudre, ne cachant toutefois nullement que pour nous nous sommes bien près de répondre par la négative. Car en admettant que le pansement lui-même soit d'une rigoureuse asepsie, les microbes multiples que l'on rencontre à la surface de la peau, autour des poils ou à l'orifice des glandes sudoripares ou sébacées, trouvant non seulement du fait de l'infection et de la réaction locale, mais aussi du fait du pansement et chaleur et humidité et effraction des téguments, en un mot un milieu on ne peut plus favorable, recouvreront et leur vigueur et leur virulence. Ils viendront ajouter leurs funestes effets à ceux de l'infection que l'on aura voulu combattre.

Qu'on n'aille pas, surtout en ce qui concerne l'eau boricuée à 30/1000, nous objecter que le liquide employé possède par lui-même des propriétés antiseptiques réelles. Tous les thérapeutes ne cessent, en effet, de répéter dans leurs traités, que les propriétés bactéricides de l'eau boricuée sont presque nulles, tandis que les expérimentateurs nous redisent que les cultures sont à peine contrariées et peu atténuées par l'addition de quantités respectables d'acide borique.

Certes on ne saurait opposer cette dernière objection à l'emploi des pansements au biiodure de mercure ou au sublime. Mais, ne pourrait-on par contre en formuler d'autres qui elles aussi ne sont pas sans importance. Il existe des téguments au plus sensibles à l'action du mercure. Si dans la majorité des cas on n'a qu'à se louer de son emploi, il n'en est pas moins vrai que parfois on voit survenir à sa suite de singulières complications. Combien de femmes surtout, à la peau mince, fine et délicate, voient succéder à un seul pansement au sublimé une éruption généralement bénigne et cela à un intervalle très court. Nous avons été appelé cette année à observer à la maternité à la suite d'une simple injection au sublimé à 1/400 une éruption d'apparence scarlatiniforme presque généralisée. Cette éruption qui s'est produite moins d'une demi-heure après l'injection s'est accompagnée d'un frisson violent, d'une courbature intense, d'une céphalalgie vive avec claquements de dents et température au-dessus de 39 degrés. Quelques heures après tous les symptômes généraux avaient disparu, l'éruption pâlissait et le soir tout était rentré dans l'ordre. Que ne pourra donc pas susciter un emploi continu et prolongé !

Ainsi l'on ne nous taxera pas d'exagération si nous avançons que les pansements aux solutions de sels mercuriels même prudemment employés ne sont pas toujours sans danger pour la mère, si dans la presque unanimité des cas ils sont sans inconvénients pour l'enfant au moins sous la condition de prendre certaines précautions telles que le lavage méticuleux du mamelon avant la tétée. Saurait-on même affirmer que dans la clientèle, surtout

lorsque l'on se trouvera en présence de gens plus ou moins ouverts à la science et plus ou moins soigneux, il n'en résultera aucun inconvénient pour l'enfant ? Nous ne le pensons pas.

Enfin le sublimé pourra avoir pour désavantage, une fois la chute de l'épiderme réalisée et un certain suintement de sérosité occasionné, d'amener la coagulation de l'albumine de cette sérosité. Il en résultera la formation d'un vernis protecteur à l'abri duquel les microbes pourront se multiplier et croître, pour révéler leur présence, dès que trompé par un mieux factice, on suspendra le traitement.

En ce qui concerne la galactophorite et la galactophoromastite, apparemment du moins, l'accord est également loin d'être fait. Nous disons apparemment, car l'idée dirigeante et le but poursuivis sont toujours, sauf en ce qui concerne notre Maître, l'expulsion du pus des canaux de la glande ou de la glande elle-même. Seuls les moyens diffèrent selon les auteurs, Tandis que Budin et ses élèves usent de l'expression digitale du sein, Bier vante les bons résultats donnés par l'emploi de la ventouse de Knapp dont au contraire Legroux essaie de modifier l'application pour parer à ses désavantages.

De même que pour les traitements des lymphangites, nous allons passer en revue ces différents procédés et voir quels sont les avantages qu'on peut leur reconnaître et quels inconvénients on peut au contraire leur imputer.

La méthode de l'expression trouvée et magistralement décrite par Budin a certes fait perdre aux suppurations intra-mammaires beaucoup de la sévérité

du pronostic qu'on leur avait jusqu'alors reconnu. A sa suite les abcès du sein sont devenus beaucoup plus rares. On n'a plus pu prétendre surtout « que pus égalait incision », ou en d'autres termes que, dès qu'on avait acquis la certitude qu'il y avait du pus dans le sein, on devait immédiatement s'armer du bistouri et lui ouvrir largement la voie sous peine de laisser la collection s'étendre et gagner bientôt la plus grande partie ou la totalité de la glande mammaire.

La méthode de l'expression a, en effet, pour résultat de chasser le pus déjà formé, de diminuer d'autant et la réaction de l'organisme et le nombre des bactéries. Elle assure en même temps la diminution de l'engorgement de la glande qui par son suintement continu favorise la marche des microbes vers les acinis. L'expression entraîne le lait contenu dans la mamelle qui, en présence de l'acidité suscitée par les parasites, subissait la fermentation donnant de l'acide lactique, de l'acide butyrique et laissait déposer sa caséine. Le lait en s'écoulant joint en outre son action mécanique à celle de l'expulsion du pus. Il lave les canaux et entraîne un certain nombre de microbes qui auraient pu se trouver en dehors de la collection purulente ou le long des voies d'excrétion. Il chasse les leucocytes morts, devenus impropres à la lutte, diminuant d'autant le travail de la réaction, et qui ne tarderaient pas à donner par leur transformation soit des ptomaïnes soit des albumoses toxiques pour l'organisme. Il charrie une certaine quantité de toxines sécrétées par les microbes. La méthode de Budin masse en même temps le sein, active la circulation et par là favorise l'afflux de leucocytes intacts et la lutte de l'organisme.

A côté de ces réels avantages elle présente des inconvénients de valeur non moindre. Elle est loin de permettre l'expulsion de tous les microbes. Il en est qui restent malgré tout retenus dans les anfractuosités de la paroi des canaux plus ou moins intéressée par l'inflammation.

Elle va en même temps directement à l'encontre du grand principe du repos absolu de la glande que nous avons vu formulé par tous les auteurs, par Budin et ses élèves tout aussi bien que par les autres. Elle n'est, en effet, qu'une tétée déguisée mais une tétée mal faite. Comme la succion elle-même, elle a donc pour résultat de perpétuer la sécrétion lactée et de maintenir ainsi continue la multiplication et la chute des cellules de l'épithélium. Ces cellules, en quelque sorte tout entières à leur multiplication et à leur fonction essentielle qui est la formation du lait, n'offrent qu'une médiocrerésistance aux microbes ou à leurs toxines.

On serait également en droit de craindre que ne se réalise ce que l'expérience nous a révélé dans les laboratoires avoir lieu pour certains microbes, c'est-à-dire, que sous l'apport d'un nouveau milieu les bactéries n'acquièrent une vitalité plus grande et deviennent plus nocives.

Que l'on joigne à cela le traumatisme que subit le sein du fait de l'expression et l'on comprendra que le résultat puisse dans certains cas être tout différent de celui que l'on prévoyait et que l'on était en droit d'attendre. Ce traumatisme court, en effet, le risque d'activer la chute de l'épithélium, de dilacérer la membrane limitante des canaux excréteurs ou sécréteurs et la membrane conjonctivale, que nous ont appris à connaître Coyne et Labbé, qui les entoure comme un manchon. Il permettra de la

sorte l'envahissement de ces parois puis celui du tissu cellulaire inter et péri-acineux. Il met la glande dans la situation d'un endroit traumatisé. Il crée un lieu de moindre résistance dans une glande qui de par sa fonction momentanée l'est déjà et est en plus infectée. Il favorise donc dans une certaine mesure la formation du pus au lieu de s'y opposer.

Enfin, c'est une opération douloureuse, arrachant souvent des cris de douleur aux femmes et à laquelle quelques-unes ne se prêtent que bien difficilement même à la maternité et que dans certains cas on ne pourra obtenir de pratiquer en clientèle. C'est là l'un des motifs principaux sur lequel s'appuie notre maître pour rejeter son emploi. M. Budin lui-même et ses élèves, ainsi qu'en fait foi la thèse de Cataliotti, en conviennent si bien qu'ils conseillent formellement d'avoir recours aux inhalations de chloroforme dans les formes rebelles ou lorsque la douleur est trop vive. Nous savons que dans l'immense majorité des cas ces quelques bouffées de chloroforme donné à la reine ne présentent aucun danger. Il n'en n'est pas moins vrai que, sans qu'on sache ni pourquoi ni comment cela se produit, on peut avoir des accidents graves dès la première ou la deuxième inspiration. Au reste, si c'est là une pratique utile et possible à l'hôpital ou même en ville et dans un milieu instruit, il nous a été maintes fois permis de voir combien dans nos campagnes on était rebelle à la chloroformisation même lorsque la vie pouvait en dépendre. Il ne faut pas y songer et encore moins en parler.

C'est pour parer aux inconvénients de l'expression digi-

taile de Budin, que Bier a voulu appliquer la ventouse de Knapp. Elle offre la plupart des avantages de la méthode de Budin. Ne touchant pas ou peu à la glande, elle la traumatiserait moins. Elle serait moins douloureuse. Joignant à cela son rôle de ventouse elle aurait, comme en fait foi une observation que nous fournissons, le privilège de soulager momentanément la malade. Ce mieux sensible dans le cas auquel nous faisons allusion persistait pendant une heure environ.

Par contre elle présente à l'instar de l'expression de Budin le grand désavantage de s'opposer au repos de la glande. Si elle n'a contre elle qu'un traumatisme tout physiologique sans le traumatisme mécanique de l'expression, elle n'en maintient pas moins la sécrétion en activité et dès lors en présente les funestes effets. Elle est une succion déguisée et exagérée. Car comment savoir où l'on doit s'en tenir pour le vide que l'on doit faire dans la ventouse ? Combien de coups de piston doit-on déployer ? A quel intervalle doit-on les donner ? Autant de points dont Bier ne nous donne par la solution. On aura dès lors tous les inconvénients de la succion accrus encore d'intensité. Mais contrairement à ce qui se produisait dans celle-ci les phlyctènes et les suffusions sanguines pourront être généralisées. Elles deviendront par la suite un excellent milieu de culture.

Enfin, si après quelques instants elle procure un mieux momentané, son application elle-même n'en est pas moins douloureuse. Nous n'en voulons pour preuve que le témoignage des deux malades auxquelles nous l'avons vu appliquer. L'une demandait, sans autre forme de procès, que

l'on cesse son emploi disant que tandis qu'elle restait appliquée, la douleur, tant celle occasionnée par les parois de la ventouse que celle due au vide cependant bien imparfait, était très vive et nullement en rapport avec le mieux qu'elle assurait par la suite.

En ce qui est de son efficacité nous nous contenterons de dire que l'une des deux malades traitées par ce moyen a fait un superbe abcès tel que M. Bonnaire dit n'en avoir guère vu. La seconde, dont les deux seins étaient atteints de galactophorite d'à peu près égale gravité et chez qui procédant par comparaison on employait d'un côté les compresses imbibées de nitrate d'argent au 1/150 et les vessies de glace et de l'autre la méthode de Bier-Knapp, n'a dû qu'à la cessation brusque du traitement de ce second côté de ne pas se voir atteinte de ce côté seulement d'un abcès du sein. Durant plusieurs jours et malgré l'emploi de la glace on a craint d'être obligé d'intervenir et d'inciser. Nous qui avons demandé cette expérience, nous nous tenons pour satisfaits et certainement, quoi qu'il arrive, nous ne nous aviserons jamais de tenter à nouveau pareille chose. Nous aurions trop peur que la femme n'ait à en souffrir et ne soit, sans s'en douter, notre victime. Ce cas nous suffit.

C'est pour essayer de répondre aux proratas laissés sans solution par la méthode de Bier-Knapp en même temps que pour parer à quelques-uns des reproches qu'on lui faisait que Legroux a voulu substituer sa méthode à la précédente dont certain passage de la thèse de son élève Arbel est la condamnation. Arbel dit, en effet : « Après le premier coup de piston le lait ou le pus jaillit dans la

ventouse. Il faut avoir soin alors de séparer la pompe de la ventouse pour permettre à l'air de pénétrer à nouveau dans celle-ci. Si l'on ne prenait pas cette précaution, il se produirait le même phénomène que lors d'une application de ventouse. Une ecchymose se produirait sur le mamelon qui deviendrait aussitôt le siège d'une très forte douleur. Au contraire en prenant la précaution de laisser la pression extérieure se rétablir après chaque coup de piston on imite la succion de l'enfant avec cette différence que l'aspiration est plus forte et plus soutenue. » Il ajoute un peu plus loin : « Elle est surtout à employer dans les cas de galactophorite où l'expression est à peu près impossible », et ailleurs : « la méthode de Budin n'est bonne que dans les cas de galactophorite simple. »

Nous comprenons qu'avec ces précautions l'application de la ventouse sera moins douloureuse que dans la méthode de Bier. Nous admettons que le traumatisme à chaque coup de piston sera moins accentué, les phlyctènes moins prononcées, tout en nous assurant tous les avantages de la méthode de Bier. Mais la sortie du pus sera moins parfaite et surtout plus longue. Si le traumatisme est moins grand à chaque coup de piston il durera plus longtemps. C'est à se demander si finalement les deux traumatismes ne s'égalent pas malgré ces précautions. La même difficulté de graduer chaque aspiration n'en persistera pas moins. Le repos de la glande n'en sera pas moins compromis. Pour tous ces motifs nous terminerons cette critique de la méthode de Bier et de la méthode de Legroux en rappelant ces quelques

mots de Varnier : « D'abord mettre la glande au repos absolu. Défendre l'application de pompes ou de ventouses si souvent employées pour combattre l'engorgement lacteux. »

Sans plus tarder nous en arriverons au traitement des infections des seins par les applications locales de la glace telles que les a réinstaurées M. Bonnaire et telles que nous les avons vu pratiquer à la maternité de Lariboisière. C'est à dessein que nous nous sommes servis de l'expression de réinstaurer. Elle marque que ce mode de traitement quoique complètement oublié en 1901 et quoique n'ayant jamais connu de grande célébrité n'en avait pas moins été utilisé auparavant.

Pour trouver noté dans les différentes thèses ou relations des auteurs l'emploi du froid dans les inflammations qui nous occupent nous n'avons point eu grand effort à faire. Il nous a suffi d'ouvrir les thèses de doctorat écrites au début du *xix^e* siècle. Beaucoup traitent de la question du froid dans les inflammations de cause externe, quelle que soit leur localisation, telle par exemple celle de Barabé en 1817. Quelques-unes vont même jusqu'à nous dire les immenses avantages que peut nous procurer l'eau froide « pour refroidir un sein échaudé par la tétée ».

Il est vrai que plus près de nous nous voyons paraître l'oubli et s'élever quelques notes discordantes lorsqu'on en parle. En effet, nous trouvons dans la thèse de Guerra (Genève, 1894) ces quelques lignes : « Les moyens topiques auxquels on a eu recours sont nombreux : vésicatoires, sangsues, applications de glace, emplâtres ayant tous pour base l'opium, la belladone, etc... L'efficacité de tous ces

médicaments étant plus ou moins douteuse nous n'en dirons rien et passerons vite en revue certains autres médicaments qui nous paraissent, à bon droit, être appelés à remplacer les premiers. » Avant lui Duplay écrivait dans son article sur les abcès des seins paru en 1891 dans le *Progrès médical* : « Que faire ? Au début la compression, les réfrigérants, les topiques résolutifs (onguent napolitain) ou calmants (cataplasmes antiseptiques) seront à essayer ; mais je n'ai en eux qu'une très médiocre confiance. Je suis d'avis d'inciser dès qu'il y a de la fluctuation. » Freund lui aussi déclarait ne pas être satisfait de l'emploi des sachets de glace et ne le continuait pas.

Cependant nous voyons Mauriceau faire la recommandation suivante : « Il faut bien observer que les remèdes qu'on appliquera sur les mamelles soient seulement réfrigérants et refrénants, sans aucune grande astriction. » Guillemeau de son côté dit : « S'il survient inflammation aux mamelles il faudra du commencement user de remèdes rafraichissants... mettre dessus des linges trempés dans l'eau froide. »

Il est surtout une citation que nous aimons à faire, c'est celle que nous empruntons à la thèse de Piante (Lyon 1885). Il y est dit : « M. le professeur Tripier se trouve très bien de remplacer tous ces moyens par les suivants : A l'exemple des Allemands il emploie pour combattre l'inflammation et amener la résolution d'une mastite au début, la glace.

« On la renferme dans une vessie en caoutchouc et on l'applique ainsi sur le sein congestionné. Le seul inconvénient qui puisse en résulter, dit Frantz-Koenig (*Traité d'ana-*

tomie spéciale, 3^e édition, t. II) n'est autre que l'arrêt de la sécrétion lactée qui, dans l'espèce, ne doit pas être considéré comme un inconvénient. Il arrive souvent, sous son influence, que les douleurs disparaissent, la rougeur diminue, enfin tous les phénomènes inflammatoires rentrent dans l'ordre. Mais cette terminaison désirable n'a pas toujours lieu, il arrive même que la glace est très mal supportée. Dans ces cas il y a déjà du pus de formé ; il est inutile d'insister longtemps, rien ne pourra plus empêcher le phlegmon d'évoluer et d'aboutir à la suppuration. Ceci est un caractère clinique. Le seul traitement qui s'impose alors est le traitement curatif. Il n'est pas douteux que le médecin sera fort embarrassé pour se servir de la glace ; dans les campagnes, en été, elle n'est pas facile à se procurer. Dans les campagnes, comme dans les villes, où on la trouverait facilement, elle sera souvent refusée par la malade ou son entourage. Bien des préjugés à ce sujet sont encore enracinés pour longtemps dans les différentes classes de la société. Dans ce cas nous recommandons le cataplasme antiseptique employé par le professeur Tripier . »

Souligoux dans le service de Tillaux remplace les sacs de glace par des compresses imbibées d'éther. Rubeska après avoir fait l'asepsie des seins utilise la tétérelle, puis applique un pansement au sublimé et un sac de glace. Ahlfed, dès que se manifeste une inflammation, a recours à la glace ; tandis que Schœffert et Potocki utilisent le froid sous une autre forme. Ils emploient des compresses d'eau blanche glacée renouvelées toutes les dix ou quinze minutes.

Comme nous l'avons déjà dit dans notre introduction, notre Maître, M. Bonnaire, depuis le 21 janvier 1891, ne con-

naît plus d'autre traitement des infections mammaires. Et, il faut bien le reconnaître, dans ce milieu tout particulièrement défavorable qu'est la maternité de Lariboisière, avec un personnel des plus importants voire même trop nombreux ne pouvant par conséquent être qu'imparfaitement surveillé et sujet aux oublis ou aux laisser-aller; il n'a jamais eu qu'à se louer de l'emploi de la glace. Les abcès des seins sont presque inconnus. Les lymphangites, les galactophorites et les galactophoro-mastites évoluent vers la guérison avec une rapidité réellement satisfaisante et sans entraîner aucune complication.

Aussi dès 1892 pouvait-il faire connaître les résultats obtenus, dans la thèse de son élève Gontier. La statistique fournie établit que sur 776 femmes accouchées dans le service durant les six premiers mois de 1902 il y avait eu 26 lymphangites du sein, 16 galactophorites et un seul abcès. La statistique que nous apportons a trait à 9.270 accouchements effectués du mois de juillet 1902 à fin juin 1908, ne comporte pas moins de 140 lymphangites, 52 galactophorites et 8 abcès seulement. Elles peuvent l'une et l'autre être comparées avantageusement à celles fournies par les autres auteurs, Rossi note 11 abcès sur 87 nourrices. Sur 433 nourrices qu'a examinées M^{me} Bronislas-Dluski en 1894 dans les salles de Baudeloque elle a eu à retenir 21 lymphangites du sein et 1 abcès. Il est vrai que celle rapportée par M^{me} Solomyan-Birfeld en 1900 visant 8.443 femmes ne révèle que 541 lymphangites avec 6 abcès. Mais faisons remarquer que ces deux dernières statistiques ont été puisées dans des thèses s'occupant des seules lymphangites des seins, que par suite il n'y est

fait nulle mention des galactophorites et des abcès qui ont pu en résulter.

Rien de plus facile que l'emploi de ce traitement. Il consiste, après avoir fait subir un léger lavage au sein surtout à la région de l'aréole et du mamelon, par simple excès de précaution et de propreté, à mettre dessus une compresse de tarlatane aseptique pliée en trois ou quatre doubles plongée dans une solution de nitrate d'argent au 1/150, exprimée ensuite. On recouvre cette compresse et la partie de la poitrine sur laquelle va porter la vessie de glace d'une épaisseur de flanelle. On applique alors une vessie de caoutchouc aux deux tiers remplies de glace concassée. On veille avec soin à ce que les morceaux de glace employés ne soient pas trop gros de crainte que par suite de leur volume ils ne laissent entre eux des vides. Ils ne se mouleraient alors qu'imparfaitement sur les tégu-ments, occasionnant d'assez vives douleurs par une pression irrégulière et par leurs arêtes plus ou moins aiguës. Après s'être assuré que toutes les parties lésées du sein sont soumises à l'action du froid, on maintient le tout par un bandage de corps que l'on serre juste à point de façon à assurer une compression efficace. La mamelle devra en outre être fixée en bonne position c'est-à dire bien appliquée sur la poitrine voire même légèrement relevée.

On change le contenu de la vessie toutes les deux ou trois heures. On peut constater à ce moment que la glace est presque entièrement fondue. Si l'on n'avait pas eu la précaution, ainsi que nous en avons fait la remarque, d'assu-

rer une compression réelle on pourrait voir alors le pansement un peu relâché.

On continue cette application de glace jusqu'à la guérison complète, c'est-à-dire, jusqu'à la disparition de l'œdème, de la rougeur, jusqu'à ce que la peau ayant perdu sa chaleur trop vive, sa sécheresse et sa rugosité ait repris ses caractères habituels et sa douce moiteur. Lorsque les élancements, la sensation de pesanteur, de tiraillements et la douleur plus ou moins aiguë ont également cessé même au palper et à la pression alors, mais alors seulement, on est en droit de cesser le traitement et de reprendre l'allaitement avec ce sein.

Dans le cas de galactophorite on a auparavant la précaution de procéder à l'expression telle que la pratique l'école de Budin. Cette expression offre en même temps l'avantage d'exprimer le peu de pus qui n'aurait pas été résorbé et de permettre la vérification clinique de la guérison réelle. Car à la moindre douleur provoquée par cette pratique on doit continuer le traitement et attendre encore avant de considérer l'affection comme définitivement disparue.

Lorsqu'on a acquis la certitude que tout danger pour la mère et pour l'enfant est passé, on peut vérifier que les seules traces qui persistent de l'inflammation sont dans le cas de lymphangite une légère tuméfaction et induration des ganglions axillaires qui roulent encore sous le doigt et sont un peu sensibles. Mais cela ne saurait nous causer quelque inquiétude et dans les quelques jours qui suivent ces ganglions se réduisent encore et retrouvent leur état normal. Au reste ne les voit-on pas persister souvent

durant des jours et des mois dans une infection quelconque, que l'on n'en considère pas moins comme réellement guérie. Ce serait donc folie que d'attendre leur disparition complète avant de se considérer en droit de reprendre l'allaitement. Ce serait se montrer trop exigeant, perdre son temps, faire sans raison souffrir l'enfant, et exposer la mère à ne plus pouvoir utiliser ce sein pour l'allaitement présent.

En temps ordinaire, pour amener un tel résultat le traitement, surtout s'il est bien fait et appliqué dès le début, ne demandera pas plus de trois, quatre ou cinq jours, ainsi que nous l'avons constaté bien des fois et que l'établissent quelques-unes des observations que nous donnons. Ainsi sous ce rapport il est au moins l'égal des autres modes de traitement et sous bien d'autres rapports il offre sur eux de réels avantages.

La compresse imbibée de nitrate d'argent a pour résultat de s'attaquer aux microbes que nous avons vu exister dans les follicules pileux, à l'orifice des glandes sébacées, des glandes sudoripares et dans les moindres érosions de l'épiderme tout aussi bien que dans les fissures ou les crevasses les plus profondes. Son action est la même que celle assurée par les compresses de sublimé dans le pansement de Budin, de M^{me} Henry et de leurs élèves dans les cas de lymphangites. Elle est par contre autrement efficace que celle des pansements à l'eau boriquée de Pinard et de Varnier.

Elle n'en a pas pour cela les inconvénients. Car le nitrate d'argent est moins toxique, employé à la température de la salle. Et les applications de glace, en plus de

leur action sur les microbes que nous aurons à enregistrer plus loin et qui vient ajouter ses effets à ceux du liquide antiseptique, ont pour but de raffermir, de durcir l'épiderme et de ne le laisser nullement macérer. N'est-il pas, en effet, de pratique courante soit en médecine expérimentale, soit en médecine légale de refroidir ou de congeler les corps pour les mieux conserver intacts. Ainsi est assurée l'antisepsie de la peau, des érosions, des excoriations, fissures, gerçures, crevasses dont la cicatrisation est encore favorisée par la suppression de la succion et de ses traumatismes.

Sous l'application de ce pansement glacé on voit diminuer la rougeur, l'inflammation, l'œdème des téguments soit par suite de l'action propre de la glace sur la circulation ou l'infection, soit par suite de la compression. Car dans ce traitement les deux grandes lois formulées par l'unanimité des auteurs sont respectées.

La compression est réelle et efficace. Le sac de glace l'assure par son propre poids et en se moulant exactement sur le sein, tandis que son volume respectable remplace avantageusement les tampons de coton hydrophile ou les multiples inventions que nous trouvons relatées dans les articles de Varnier, tels que : les plaques de fer blanc de Raimbert, les plaques de plomb et d'étain de Young, le sac à air d'Arnott, le collodion de Spengler, les éponges comprimées de Forster.

Point n'est besoin avec lui de mettre son imagination en quête pour découvrir le bandage que l'on devra utiliser, ou le bandage de Mayor (triangle ou bonnet du sein), ou le bandage anglais (bandage de deux mou-

choirs) recommandé par Barnes, ou le bandage en cuirasse de Trousseau et Contour (bandage au diachylon). Le simple bandage de corps qui est le plus simple est aussi le meilleur.

Le repos de la glande est absolu. Aucune succion, aucune expression ne vient traumatiser le sein, amener la chute de l'épithélium, léser la membrane limitante, exciter la glande et l'inciter à sécréter. Au contraire, par l'abaissement de température qu'elle produit, la glace ralentit, comme l'établit Labadie-Lagrave dans sa thèse d'agrégation, l'activité et la vitalité des cellules épithéliales ou autres. Dès lors leur multiplication est moins active et la sécrétion lactée diminuée d'autant. Les cellules peuvent de ce fait compléter leur évolution et s'assurer ainsi le maximum de résistance contre l'infection.

La glace et le pansement compressif unissent ainsi leur action pour amener la diminution de la sécrétion. Ne voyons-nous pas, en effet, M^{me} Bronislas-Dluscki traduisant l'opinion de M. Pinard dire en 1893. « Dès qu'une lymphangite apparaissait on faisait le pansement de Lepage avec compression méthodique du sein. On maintenait la compression jusqu'à la disparition complète des accidents fébriles. La compression diminuait la quantité de lait, mais celui-ci ne tardait pas à reparaitre en abondance dès que l'enfant se mettait à téter. » Au reste ne nous est-il pas donné de voir le pansement compressif journallement employé dans le but d'aider à tarir la sécrétion lactée au moment du sevrage.

On ne doit pas craindre non plus de voir dans certains cas, à la suite de l'emploi un peu prolongé de ce traitement

disparaître définitivement la sécrétion lactée et cette méthode annihiler pour cet allaitement le sein ainsi condamné au repos. Les cas de Budin et de Quilier que nous trouvons relatés dans la thèse de Gontier, dans lesquels on a vu réapparaître cette fonction après trente-quatre jours de suspension dans le premier cas et un mois dans le second, doivent nous rassurer et nous rendre entière confiance. Nous-même avons vu cette année à la consultation des nourrissons de la maternité de Lariboisière une jeune mère pouvoir allaiter son enfant à nouveau et au plus facilement après un sevrage de quinze jours.

En diminuant la sécrétion lactée, soit par le repos de la glande, soit par l'emploi de la glace, soit par la compression, ce traitement diminue d'autant l'engorgement laiteux et dans les cas de galactophorites simples les chances de propagation de l'infection aux acinis. Car nous avons vu que dans le sein tout aussi bien que dans la vessie la propagation de l'infection est grandement facilitée par la rétention.

On est même conduit à se demander si le froid en faisant contracter les fibres musculaires lisses de la membrane moyenne des conduits galactophores n'ajoute pas à cet obstacle purement physiologique, un obstacle mécanique, comme cela se passe en temps ordinaire pour les orifices. Nous sérions bien tentés de le croire.

La glace en refroidissant la glande a aussi pour résultat d'avoir sur les microbes eux-mêmes une action retardante, Duclaux écrit sur ce point : « On peut dire que toutes les espèces connues ne commencent à proliférer qu'au-dessus d'une certaine température, bien que pour beaucoup d'entre elles, la vie puisse persister à des températures beau-

coup plus basses. Mais la multiplication ne se fait qu'à un certain degré. Elle devient ensuite de plus en plus active, au fur et à mesure que la température s'élève jusqu'à un point où elle est maximum. » C'est ainsi qu'il nous indique que l'aspergillus ne se multiplie légèrement qu'à partir de 24 degrés et que le bacille tuberculeux ne pousse pas au-dessous de 30 degrés ni au-dessus de 41 degrés son optimum étant 38 degrés.

Par suite, non seulement la glace ralentira leur multiplication, mais aussi leur activité cellulaire et la sécrétion des toxines qui ne sont que des déchets et des produits de leurs manifestations vitales. L'acidité du milieu sera elle-même influencée et moindre. Si l'on joint à cela la température relativement basse des téguments et de la glande refroidis on comprendra que la précipitation de la lymphe dans le cas de lymphangite, de la caseïne du lait dans le cas de galactophorite ou de galactophoro-mastite ayant besoin de chaleur pour se produire, sera d'autant retardée. La résorption de ces toxines, du lait ou de la lymphe qui leur servent de véhicules, sera d'autant plus facile et ces toxines réparties plus uniformément dans les liquides de l'économie.

Ce ne sera donc plus un nombre restreint de leucocytes extra-vasés qui auront à affronter la lutte, lutte qui courrait le risque d'être disproportionnée et néfaste à beaucoup d'entre eux, ce qui amènerait la formation d'une collection purulente. Car les leucocytes du fait de leur accumulation en trop grand nombre en un seul endroit loin de favoriser l'organisme, entraveraient la circulation et viendraient par leur mort et leur décomposition ajouter

l'action de leurs ptomaïnes et de leurs toxalbumines à celles des toxines microbiennes. Ainsi loin de s'opposer à la formation du pus ils ne feraient en bien des cas que la rendre plus facile et plus probable. C'est ce que les auteurs ont exprimé en disant que dans ces cas la réaction dépassait le but. La glace rend impossible cette sortie tumultueuse des leucocytes. Elle régularise l'emploi des moyens de défense de l'organisme lui permettant de les utiliser tous et de tirer de chacun tout ce qu'il peut fournir.

L'action du froid sur la circulation tant sur les vaisseaux artériels ou veineux que sur les canaux lymphatiques vient apporter un réel appoint à ces moyens de défense et leur favoriser singulièrement la tâche. « Au début, en effet, nous dit Labadie-Lagrave, en application locale le froid détermine la contraction de tous les éléments musculaires des téguments de la région sur laquelle il est appliqué. Cette action porte principalement sur les éléments contractiles des parois vasculaires, comme il est facile de le constater. Cette contraction des parois vasculaires engendre une anémie locale. Mais ce n'est pas seulement le sang qui est chassé des vaisseaux dans la partie refroidie. Par suite de la contraction des fibres lisses du derme, les espaces et les vaisseaux lymphatiques, les aréoles du tissu interstitiel se vident des sucs qu'ils renferment, Le cours du sang est accéléré tandis que le nombre des globules qui traversent un capillaire dans l'unité de temps diminue. » Elle favorise ainsi la résorption des liquides épanchés, imitant en cela l'action de la digitale dans les affections cardiaques et, comme nous le disions plus haut, dilue dans toute la masse du sang les toxines sécrétées jusqu'alors. Les leu-

cocytes déjà morts, tués dans la lutte locale, sont entraînés par cette aspiration, lancés dans le courant sanguin, conduits vers les organes éliminateurs, expulsés de l'organisme.

Nous verrons plus loin que, sous l'influence d'autres causes, les dangers de la formation ou de l'évolution de l'abcès seront encore diminués. M. Labadie-Lagrave ajoute, en effet. « Avec une application locale prolongée d'un froid moyen on a une série de contractions et de relâchements des parois vasculaires, de véritables mouvements péristaltiques qui favoriseraient singulièrement le cours du sang dans ces tubes contractiles. » Nous croyons que ces périodes de contraction, d'abord longues et entrecoupées de périodes de relâchement éloignées et de durée très brève, s'espacent de plus en plus devenant à chaque instant plus rares et plus courtes tandis que les périodes de relâchement se font à la fois plus fréquentes et plus longues, pour aboutir finalement, malgré la continuation de l'application de la glace, à un état qu'on peut assimiler à une paralysie. Il se produit ce que nous sommes habitués à voir se réaliser à l'état normal sur les muscles et que nous traduisons en disant que le muscle se fatigue.

La circulation voit donc le calibre des vaisseaux acquiescer à ce moment des dimensions plus grandes et la circulation locale devenir plus facile tandis qu'au contraire la circulation générale n'a été influencée à aucun moment ou l'a été d'une façon si insignifiante qu'il est permis de n'en tenir aucun compte. La coloration rouge ou même violacée que prend la peau au lieu d'application traduit cette vaso-dilatation.

On pourrait se demander si du fait de cette vaso-dila-

tation et du ralentissement de la circulation à l'endroit lésé les leucocytes ne vont pas recouvrer leurs propriétés migratrices excessives. A cela la réponse est facile. La glace continue à agir sur eux comme sur toute cellule. Elle les maintient dans leur état de torpeur relative imposant ainsi certaines justes limites à cette migration.

Elle a en même temps le privilège d'enlever aux tissus et d'absorber l'excès de chaleur qui menacerait à chaque instant de devenir plus important par suite de l'irrigation plus active, de l'hyperoxydation qui se produit en cet endroit assurant une combustion plus complète, favorisant de cette façon la transformation et la destruction sur place d'une certaine quantité de toxines. Labadie-Lagrave nous apprend de fait que : « l'oxygène disparu par suite du passage du sang des artères dans les veines est d'autant plus considérable que la température est plus basse. D'où l'on peut conclure que sous l'influence du froid, les combustions des tissus deviennent plus actives. »

Ailleurs il nous dit encore : « La première impression du froid se traduit par une inspiration très profonde et spasmodique avec spasme de courte durée. Puis les mouvements respiratoires s'accélèrent. Dans une expérience de Winternitz cette accélération fut de trois mouvements respiratoires à la minute, elle persista pendant trois minutes, après quoi le nombre des mouvements respiratoires redevint normal. » Ainsi les quelques modifications apportées momentanément à la respiration tendent aussi à augmenter les phénomènes d'oxydation et de combustion et favoriser d'autant la lutte de l'organisme.

L'excès de chaleur qui résulte de ces oxydations, de ces

combustions plus actives a pour unique résultat de faire fondre une certaine quantité de glace. Aussi ne doit-on pas négliger le conseil que nous avons donné après tant d'autres et changer le contenu de la vessie toutes les deux ou trois heures sous peine de voir les bons résultats compromis.

La douleur, grand symptôme que l'on a toujours cherché à atténuer et que l'on n'a guère réussi à amender qu'au prix de sacrifices réels, en exposant la malade à des complications sinon graves du moins gênantes telles qu'eczéma, éruption, macération de l'épiderme, est elle aussi notablement améliorée. L'application de la glace ne tarde pas à amener un mieux sensible. Il est vrai que cette amélioration très nette, due vraisemblablement à la paralysie des nerfs, est précédée d'une sensation assez vive et douloureuse de froid intense. Mais ce malaise n'est que passager et bientôt les sensations de lourdeur, de pesanteur, de picotements, d'élancements, de tiraillements s'atténuent et s'amendent si bien que les malades elles-mêmes réclament son maintien. Un fait prouve bien que ce soulagement est réellement dû à la glace, c'est comme le dit Briand : « que la douleur reparait quelques heures après la cessation du froid. D'ailleurs les malades déclarent ne pouvoir supporter la suspension de son application même très peu de temps. »

Cette diminution de la sensibilité à la douleur est plus prompte à se produire que celle de la sensibilité au tact et à la chaleur. Ces dernières deviennent obtuses plutôt qu'elles ne disparaissent.

Si à ce moment l'on interroge un des nerfs soumis au froid on voit que la transmission des impressions sensi-

tives par son intermédiaire n'atteint plus qu'une vitesse dix fois moindre qu'à la température normale. Il n'est pas un seul chirurgien qui ne connaisse et n'emploie journellement ces propriétés anesthésiques du froid.

Ce sont là les avantages scientifiques du traitement des phlegmasies des seins par la glace, si nous pouvons nous exprimer de la sorte ; mais ce ne sont pas les seuls. Et certes les autres ne sont pas à dédaigner.

C'est d'abord la facilité d'exécution de ce pansement, qui, à la campagne comme à la ville, peut être confié même à la personne la plus inexpérimentée et la moins versée dans les choses de l'art médical.

D'autre part les difficultés de se procurer la glace qu'avouait Pianté se sont atténuées de nos jours. Le grand usage hygiénique que l'on fait de la glace pour rafraîchir les boissons a créé une véritable industrie et nous a appris à la fabriquer en grand. Notre époque a vu en outre édifier dans chaque ville ces immenses glacières, véritables garde-glace, que n'a pas dû connaître l'année qui a vu paraître la thèse de Pianté. Pour tous ces motifs, ainsi que par suite de la facilité des moyens de transports, on peut à l'heure actuelle, même à la campagne, se la procurer au plus facilement et à des prix relativement modérés.

Les préjugés qu'il nous signale et qui n'étaient pas les moindres ennemis du praticien se sont eux aussi bien atténués. Dans nos campagnes on s'est déjà habitué à l'emploi fréquent de l'eau chaude, tiède ou froide, soit sous forme de bains, d'enveloppements, d'affusions ou de compresses. On a même pu apprécier quelquefois les heureux résultats de la glace pour ne plus s'opposer au désir du méde-

moment. Comme pour les grands remèdes qui impressionnent la foule, beaucoup seraient tentés de lui prêter un pouvoir magique. De ce côté encore le médecin voit donc la situation modifiée. Les objections, ou plutôt les regrets de Piante n'ont plus lieu d'être. Le médecin est maître de la situation et pourra quand il le voudra utiliser ce traitement. Nous en avons eu une preuve durant les vacances de Pâques de cette année dans nos campagnes du Limousin et loin de toute grande ville.

Nous espérons bien que personne ne viendra réveiller les vieux arguments et objecter à cet emploi local de la glace un danger que nous tenons pour imaginaire, celui de l'apparition possible de la congélation des téguments et de la formation d'eschares. Nous acceptons parfaitement sur ce point les renseignements que nous trouvons dans la thèse d'agrégation de Labadie-Lagrave. Il écrit en nous rendant compte de ses expériences. « Quand le froid, appliqué sur la peau est très intense et son contact prolongé outre mesure, les effets qui en résultent ne consistent plus en une simple modification du calibre des vaisseaux cutanés. La peau peut alors devenir le siège d'un travail inflammatoire suivi de nécrose, à -6 degrés dilatation des vaisseaux et circulation très rapide après l'ablation du réfrigérant, au-dessous de -7 degrés tuméfaction disparaissant un jour ou deux après, à -15 degrés seulement nécrose. » Qui ne voit par ces expériences que ces dangers sont illusoires en la circonstance, la glace qu'on emploie n'étant elle-même qu'à 0 degré. Au reste l'emploi quotidien que l'on en fait en chirurgie, en médecine et en accouchement suffirait amplement à avoir raison de cette objection.

Nous terminerons cette étude en disant que, de quelque façon qu'on explique son action, la glace en application locale n'en a pas moins d'heureux résultats. Nous n'en voulons pour preuve que le témoignage des malades elles-mêmes, les constatations de Barrabé, Briand, Chapuis, Devers, Penant, Ponte, Richet, Piante, Tripier, et les affirmations de tous ceux qui ont pu fréquenter la maternité de Lariboisière depuis le 21 janvier 1901 jusqu'à ces jours.

Nous pouvons affirmer qu'en l'utilisant dès le début de l'infection on évitera bien des abcès ou tout au moins on assurera la prompte guérison de lymphangites ou de galactophorites qui pourraient inciter la mère à un sevrage précoce nuisible à son enfant ou qui dès premiers jours de l'allaitement l'amèneraient à remplacer le sein par le biberon et courraient grand risque de conduire l'enfant au tombeau ou s'il survivait de ne faire de lui qu'un rachitique, un malingre qui serait la proie facile et fréquente de toutes les maladies.

Ainsi nous pensons que la mère et l'enfant n'ont que des avantages à retirer de l'emploi de la glace. L'enfant pourra, après un court arrêt, retrouver ce qui est à lui, ce à quoi il a droit, le lait de sa mère. La mère s'évitera de longues souffrances, la formation d'un abcès, une intervention sanglante. Car il n'est pas permis de tergiverser aujourd'hui sur ce point. Dès qu'on a la certitude de la formation d'une collection purulente qui s'accroît et s'étend quoique l'on puisse faire, il ne reste plus qu'à lui ouvrir la voie et à débrider largement. On peut discuter sur le genre d'incision à faire, sur l'endroit qui semble le plus propice pour cette ouverture, sur la nécessité du drainage avec drain ou

mèche, sur les pansements que l'on va employer ; mais le fait grossier et brutal lui-même s'impose à nous. Il faut intervenir et intervenir vite sous peine de voir l'abcès ou le phlegmon gagner les parties voisines et s'ouvrir à l'extérieur en dilacérant la mamelle. Et puisque de nos jours on est tenté de faire jouer parfois le ressort de la vanité, vu nos habitudes mondaines, le médecin n'aura-t-il pas là un sérieux argument pour vaincre les dernières hésitations d'une femme en lui montrant que l'esthétique de cette partie de son être qui fait son orgueil en dépend.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

Lymphangite. — Galactophorite

N° 572. — C. H. . . , vingt ans, primipare, enceinte de huit mois, accouchée spontanément le 19 avril 1908 d'un enfant vivant pesant 2.530 grammes. La délivrance naturelle et complète a lieu vingt-cinq minutes après l'accouchement. Le placenta pèse 420 grammes. Les suites de couches sont d'abord normales, lorsque le 24 la femme accuse une légère douleur au-dessous du sein gauche et sur la ligne axillaire. Cette douleur consiste en des élancements. On note alors de très légères traînées rouges qui partent du sein gagnant la région de l'aisselle.

Le 25, dans l'après-midi, se manifestent un malaise général, de la céphalalgie, de la courbature, le tout sans frisson. Le soir la température monte à 38°6. En même temps la douleur gagne tout le sein, se fait de plus en plus vive, devient lancinante et continue. La malade accuse de violentes exacerbations provoquées par l'allaitement.

Le lendemain matin 20, la douleur persiste avec ses mêmes caractères. Les traînées de lymphangite s'accusent davantage, on perçoit de l'induration des gros canaux lymphatiques, et à la pression on fait sourdre de pus. Les ganglions axillaires, surtout ceux du bord externe du grand pectoral, sont gros, durs, roulant sous le doigt et provoquent une gêne légère des mouvements du bras.

Le dimanche matin on suspend l'allaitement, on applique sur le sein en contact immédiat une compresse imprégnée de nitrate d'argent 1/150. On place par dessus un sac de glace. On

fixe solidement le tout par un bandage de corps, en ayant soin de relever le sein et d'assurer une bonne compression. Dès le dimanche soir, la douleur est moins vive, n'est réveillée que par la pression et l'expression et encore, si l'on en croit la malade, est-elle moins aiguë.

27 avril, lundi. — La douleur disparaît de plus en plus, la quantité de pus diminue, et dès le lendemain 28, la guérison peut être considérée comme complète. On attend néanmoins au 29 pour vider complètement le sein et reprendre l'allaitement de ce côté.

OBSERVATION II

Lymphangite

N° 29. — Veuve R. M..., multipare ; vingt-cinq ans. Accouchée pour la quatrième fois à terme le 25 mars. L'accouchement est normal, et la délivrance naturelle est complète. Les suites de couches sont normales pendant neuf jours. Mais le samedi soir, 4 avril, vers huit heures, cette femme est prise d'un violent frisson d'une céphalalgie intense, et d'une grande courbature. En même temps le sein droit devient douloureux, lourd, rouge et chaud.

Le lendemain matin la température est à 39°4, le pouls marque 95. Les canaux lymphatiques sont sensibles et indurés, pendant que les ganglions de l'aisselle, localisés sous bord externe du grand pectoral, atteignent le volume d'une grosse noisette et roulent sous le doigt.

Dès le dimanche matin on applique sur le sein des compresses imbibées de nitrate d'argent, recouvertes d'une bande de flanelle, et sur laquelle repose un sac de glace dont on change le

contenu toutes les deux heures. Ce traitement est continué toute la journée du dimanche, et celle du lundi bien que la température qui était encore à 39 degrés le dimanche soit tombée à 36°5 le lundi matin.

La malade réclame son maintien durant la journée du mardi et du mercredi, pour assurer, dit-elle, une guérison plus complète.

Le jeudi on peut reprendre l'allaitement. Lorsque la mère sort le 9 avril, l'enfant a non seulement repris son poids de naissance mais encore augmenté. Il pèse 4.070 grammes,

OBSERVATION III

Lymphangite

N° 331. — M. S., vingt et un ans, primipare. Accouche à terme le 5 mars, d'un enfant pesant 3.030 grammes. La délivrance est naturelle et complète. Les suites de couches sont normales lorsque le 10, la malade accuse une légère douleur dans l'aisselle droite qu'on est en droit d'attribuer à l'inflammation des ganglions.

12 mars. — Au soir, la température passe brusquement, de 36° 2 à 39° 5. En même temps le sein devient légèrement sensible et est sillonné de traînées rouges sur son côté inféro-externe.

On suspend l'allaitement, on applique des compresses de nitrate d'argent, et une vessie de glace dont on renouvelle le contenu toutes les deux heures.

13 mars. — Au matin, la température n'est plus qu'à 38°2 et à 37°6 le 13 au soir. Le lundi matin, elle atteint 37°8. On

continue l'emploi de la glace pendant deux jours et on suspend l'allaitement durant le même laps de temps. Le dimanche tous les phénomènes s'étant amendés on supprime la glace et on rétablit l'allaitement.

17 mars. — Au matin, seuls les ganglions de l'aisselle sont encore un peu sensibles à la pression.

A la sortie bien que l'enfant ne pèse que 2.850 grammes, sa courbe de poids a été régulière. Elle n'est restée stationnaire que le 12 seulement.

OBSERVATION IV

Galactophorite des deux seins

N° 463. — J. M..., vingt-trois ans. Primipare ; accouche à terme et normalement le 31 mars. La délivrance est naturelle et complète.

9 avril. — On la passe à l'isolement la température s'étant élevée. Les seins sont rouges et douloureux, pendant qu'à la pression on fait sourdre quelques gouttes de pus du sein gauche seulement. On suspend l'allaitement et on commence le traitement par la glace.

Le 10 avril au soir la température est descendue à 37 degrés, le poul bat à 84 ; les seins sont un peu moins douloureux.

11 avril. — Au matin, température 37 degrés, le soir 36°8. La douleur diminue. A ce moment cependant on peut constater par la pression la présence d'un peu de pus dans le sein droit. Néanmoins le 12 avril la température s'est maintenue le matin à 36°6, et le soir à 36°8.

La douleur disparaît complètement.

13 avril. — Au matin, enfin, l'expression ne fait plus sourdre la moindre trace de pus. On vide alors les seins et on reprend l'allaitement.

15 avril. — La femme part guérie, emmenant son enfant qui pesant 2.900 grammes à la naissance est descendu à 2.530 grammes le quatrième jour, pour atteindre de nouveau 2.900 grammes le douzième jour. Le treizième jour seulement il a diminué de 25 grammes et le quatorzième est resté stationnaire.

OBSERVATION V

Lymphangite. Pyélo-néphrite

M. L. . . , accouchée et délivrée normalement le 24 décembre 1907, a dû être passée à l'isolement le 1^{er} janvier 1908 parce que la veille au soir la température était 38°8 et que le pouls frappait 120.

1^{er} janvier. — Au matin, la température est encore à 38°4. L'examen des seins révèle une lymphangite du côté droit, avec rougeur caractéristique, chaleur de la peau, induration et sensibilité des ganglions de l'aisselle correspondante. On applique le traitement habituel (compresses de nitrate d'argent et vessie de glace) et on suspend l'allaitement de ce côté.

2 janvier. — Au soir la température est encore 38°6. Mais dans la nuit la malade peut reposer et le lendemain un mieux sensible existe. La douleur est moindre tandis que la température est redevenue normale et reste telle durant les 3 et 4 janvier.

5 janvier. — Au matin le thermomètre marque à nouveau 38°4

et 38 degrés le soir pour être à 36°8 le 6 janvier au matin. A ce moment on suspend les pansements du sein car un examen méticuleux établit la guérison complète de la lymphangite et prouve que cette ascension de la température ne lui est pas imputable. L'examen de l'utérus ne révèle rien d'anormal. On pense alors à une affection vésicale ou rénale. Car le même jour qu'apparaissait la lymphangite du sein chez la mère on pouvait noter chez l'enfant un début d'ophtalmie qu'on traitait par des badigeonnages de collargol au pinceau et dans leur intervalle par l'application de petits pansements glacés. Les urines recueillies à la sonde les 7, 8, 9 janvier sont peu abondantes mais leur analyse ne peut établir l'existence du pus. Le 10 seulement la réaction du crachat par la liqueur de Fehyling prouve le bien-fondé du diagnostic. Au reste, le 7 janvier au soir, la température était remontée à 38 degrés pour redescendre à 36°8 le lendemain matin et rester désormais à la normale. On prescrit donc un régime lacté absolu, avec 1 gr. 50 d'urotropine chaque jour.

16 janvier. — La malade quitte l'hôpital guérie de sa lymphangite et sans nouvelle manifestation de sa pyélo-néphrite.

OBSERVATION VI

Lymphangite et galactophorite des deux seins

MM..., accouchée et délivrée normalement le 1^{er} janvier, a des suites de couches régulières lorsque le septième jour la température du soir monte à 38°5 en même temps que se manifestent de légers symptômes généraux, céphalalgie, courbature. Le len-

Le lendemain la température n'est plus que de 37 degrés tandis qu'elle reste normale pendant trois jours et que le mieux va s'accroissant.

Le 13 au matin le thermomètre marque à nouveau 38°2. Le soir il n'est plus qu'à la normale ; on peut noter cependant tous les signes d'une galactophorite du sein droit, qu'on traite de la même façon que celle du sein gauche.

Tout semble s'améliorer malgré une nouvelle ascension du thermomètre à 38 degrés le soir du cinquième jour du traitement. Aussi au moment de supprimer le pansement veut-on faire l'expression qui est un peu douloureuse.

Le lendemain matin la température est à 38 degrés et s'y maintient le soir. Puis tout rentre dans l'ordre et la malade part guérie le 26 juin, c'est-à-dire, seize jours après le début de son affection.

OBSERVATION VIII

Galactophorite. — Méthode de Bier. — Abscès

L. E. . . , vingt-huit ans, primipare. Accouche spontanément le 14 février 1908 d'un enfant pesant 2830 grammes. La délivrance est normale et complète. Les premiers jours des suites de couches sont normaux lorsque le 20 la température s'étant élevée à 38,6 on transporte la femme à l'isolement. Comme on soupçonne une affection utérine, on procède aussitôt à une révision complète avec curage, écouvillonnage et attouchement iodé. Le soir même, la température s'étant élevée à 39 degrés, on donne une injection utérine iodée.

A la suite de ces interventions, la température descend sans

cependant redevenir normale. Du 21 au 25 elle oscille matin et soir entre 37 degrés et 37°4. Le 25 au soir elle s'élève à nouveau à 38°2. Le sein droit est lourd, pesant, douloureux en même temps qu'au palper on trouve de multiples nodosités et que l'expression fait sourdre du pus. Le diagnostic de galactophorite est donc certain.

Durant les trois premiers jours on utilise le traitement par la glace. Puis, l'état restant stationnaire et voulant apprécier les bons effets de la méthode allemande, on fait deux fois par jour des applications de la ventouse de Knapp. Ces applications durent chaque fois une demi-heure les coups de piston étant séparés les uns des autres par des intervalles de cinq minutes.

Le lendemain le sein est dur, douloureux et enflammé, tous symptômes qui ne vont que s'accroître les jours suivants. La malade qui avoue souffrir durant l'application de la ventouse tant du fait des parois elles-mêmes que du fait du vide, déclare cependant être soulagée réellement pendant la première heure qui suit cette application.

On continue l'emploi de la méthode de Bier et tant bien que mal, la température oscillant tous les soirs autour de 39 degrés et de 38 degrés les matins, on atteint le 4 mars jour où M. Bonnaire est obligé d'intervenir et d'inciser, la collection purulente étant manifeste. La température qui le 3 au soir était 39 degrés n'est plus que 38 degrés le soir après l'incision. Elle s'y maintient quelques soirs encore alors que le matin elle descend à 37 degrés. Mais elle ne tarde pas à atteindre 36°8 le matin et 37°2 le soir. L'abcès qui a laissé couler une assez grande quantité de pus est lavé à l'eau oxygénée,

drainé et pansé. Tous les matins on refait ce pansement dans des conditions analogues.

Le 21 mars lorsque la malade quitte le service on note que la quantité de pus est minime ; mais la plaie n'est pas cicatrisée et chaque jour la malade doit revenir se faire soigner.

OBSERVATION IX

Galactophorite des deux seins *Méthode de Bier. Expression, glace*

R. B. ..., dix-neuf ans, primipare. Accouche le 15 avril normalement et à terme d'une fille pesant 2.820 grammes. Le jour de l'accouchement on note un nuage d'albumine dans les urines, on constate également quelques lésions vulvo-périnéales superficielles.

Le 28 au soir seulement on a à noter 39 degrés de température, et l'apparition d'une galactophorite des deux seins. La malade passée à l'isolement est aussitôt soumise au traitement de la glace. Le lendemain, la température atteint 39°2 tandis que le pouls bat 108.

30 avril. — Au matin, la température descend brusquement de 39 degrés à 37 tandis que le pouls ne compte plus que 80.

Pendant cinq jours on continue l'emploi de la glace en lui adjoignant l'expression afin de pouvoir comparer les différentes méthodes. C'est alors qu'à la visite du 5 mai nous demandons à M. Bonnaire l'autorisation de voir remplacer d'un côté l'expression par les applications de la ventouse de Knapp faites

dans des conditions analogues à celles de l'observation précédente.

7 mai. — Au soir seulement on a noté 38 degrés de température qui habituellement oscillait autour de 37 degrés.

On continue concurremment les deux traitements durant trois jours. Mais à ce moment la malade réclame la cessation des applications de ventouses les accusant d'être douloureuses. Au reste tandis que du côté exprimé et recouvert de glace le pus avait disparu, de l'autre côté on pouvait craindre la formation d'un abcès sous l'aréole. On accède donc d'autant plus volontiers aux désirs de la malade. L'expression et la glace sont reprises et quatre jours après la malade quitte le service guérie. L'affection a duré quatorze jours.

OBSERVATION X

Galactophorite

F. E..., vingt-six ans, II pare, accouche le 6 juin 1908 d'un enfant pesant 3.460 grammes. La délivrance est naturelle et complète. Dès le troisième jour de l'allaitement elle ressent au mamelon une légère cuisson et quelques picotements qu'elle comparait par la suite à des coups d'épingle et qu'elle n'avoue pas sur le moment sous le prétexte qu'ils disparaissaient après les premières suctions.

Le dimanche matin la malade qui s'était assoupie après avoir donné le sein à son enfant se réveille à 11 heures la chemise mouillée par le lait qui s'était écoulé en abondance des deux seins. Cette fois encore elle se garde bien de prévenir. Quelques instants après elle est prise d'un frisson violent

avec céphalalgie, anorexie (de toute la journée elle n'a pu rien prendre), courbature et douleurs lancinantes au sein droit qui est en même temps pesant et lourd. La température du soir est 38 degrés. A ce moment on commence le traitement car en plus des renseignements fournis par la malade le sein atteint est rouge dans sa partie supéro-interne, tandis que toute sa surface est sillonnée de grosses veines bleuâtres. La palpation révèle aussi deux ou trois ganglions dans l'aisselle, le long du bord externe du grand pectoral et montre la partie externe de la glande grosse, tendue, dure et bosselée. L'expression fait sourdre du pus et établit ainsi qu'il y a à la fois lymphangite et galactophorite.

La malade qui a bien reposé durant la nuit avoue un mieux sensible dès la tétée de 4 heures du matin. Au moment de la visite ce mieux s'est accentué. Les douleurs sont moins vives, les tiraillements ont disparu. La température est redevenue normale et le reste par la suite.

Le mercredi matin tous les symptômes se sont amendés. Aussi peut-on à 4 heures vider le sein sans douleurs et au plus facilement avec quelques légers filaments de pus au début de l'expression. Le soir à 7 heures l'enfant reprenait ce sein.

Depuis on peut constater que la quantité de lait dans les deux seins est à peu près la même. A aucun moment l'enfant n'a eu à souffrir de cette affection. Il a augmenté constamment et pèse 3.225 au moment où nous prenons l'observation.

N ^o de l'accouchem.	Parité	Date de l'accouchement	Date de la phlegmasie (début)	Nature de la phlegmasie	Traitement	Poids de l'enfant à la naissance	Poids de l'enfant à la sortie	Sortie		Date de la sortie
								Etat de la mère	Etat de l'enfant	
838	VI	30 juill.		Galactophorite (sein gauche)	Nitrate d'argent. (compresses)	gr. 3.800	gr. 3.620	Bon	Bon	10 août
848	I	31 juill.		Lymphangite (sein droit)	»	4.100	4.250	Bon	Bon	18 août
867	I	7 août	14 ^e jour	Lymphangite du sein	»	3.240	3.800 (mort)	Bon	Erysipèle 21 ^e jour	31 août
871	IV	7 août		Lymphangite (sein gauche)	»	3.230	3.280	Bon	Bon	18 août
895	I	12 août		Lymphangite (2 seins)	»	2.750	2.800	Bon	A. Bon	23 août
896	II	12 août		Lymphangite (sein droit)	»	3.080	3.320	Bon	Bon	31 août
948	III	25 août	8 ^e jour	Lymphangite du sein	»	3.450	3.510	Bon	Bon	7 sept.
999	I	5 sept.	7 ^e jour	Lymphangite (2 seins)	»	3.300	3.300	Bon	Mort	28 sept.
1.003	I	6 sept.		Lymphangite (2 seins)	»	3.140	3.170	Bon	Bon	21 sept.
1.103	I	27 sept.	10 ^e jour	Lymphangite (sein gauche)	Suppression allaitement (24 heures)	3.000	2.950	Bon	A. Bon	11 oct.
1.215	V	23 oct.		Lymphangite (sein gauche)	»	3.100	3.100	Bon	Bon	3 nov.
1.232	I	26 oct.		Lymphangite	»	3.220	3.200	Bon	Bon	5 nov.
1.245	I	28 oct.		Lymphangite (2 seins)	Suspension allaitement	2.470	2.400	Bon	A. Bon	30 nov.
1.259	I	2 nov.		Lymphangite (sein gauche)	»	2.560	2.600	Non guérie	Bon	15 nov.
1.333	I	17 nov.		Lymphangite (sein gauche)	»	2.700	2.730	Bon	Bon	28 nov.
1.336	III	17 nov.		Lymphangite (2 seins)	2 jours	2.750-2.720	2.460-2.420	Bon	Bon	1 ^{re} déc.
1.356	V	23 nov.	9 ^e jour	Galactophorite (sein droit)	»	4.600 mort-né		Bon	Bon	4 déc.
1.374	I	25 nov.		Galactophorite	Abcès (incision)	2.950	2.900	Bon	Bon	23 déc.
1.383	II	28 nov.		Lymphangite (sein gauche)	Nitrate d'argent. Glace.	3.150	3.300	Non guérie	Bon	9 déc.
1.395	I	29 nov.		Lymphangite	36 heures	2.700	2.720	Bon	A. Bon	12 déc.
1.413	I	3 déc.	11 ^e jour	Lymphangite (sein droit)	»	1.340-1.420 mort-né		Bon	Bon	20 déc.
1.477	I	20 déc.	8 ^e jour	Lymphangite (sein gauche)	»	3.350	3.300	Non guérie	Bon	28 déc.

Année 1903

No de l'acc.	Partie	Date de l'acc.	Date de la ph.	Nature phleg.	Traitement	Poids de l'enfant naiss.	Poids de l'enfant sortie	Sortie		
								Mère	Enfant	Date sortie
44	III	11 janv.	7 ^e jour	Lymphangite (sein droit)	Suppression, allaitement, vésie	gr.	gr.	Bon	Bon	1 ^{er} févr.
188	I	11 févr.	9 ^e »	Galactophorite (s. gauche)	Compresses nitr. d'arg. Glace	3.850	3.950	Bon	A. Bon	12 mars
346	II	18 mars	9 ^e »	Lymphangite (s. droit)	» Abscès. Incision	3.900	3.630	Bon	Bon	2 avril
360	I	21 mars	10 ^e »	id. (s. gauche)	»	3.800	3.075	Bon	Bon	5 avril
384	VII	25 mars	6 ^e »	id. (s. gauche)	»	3.170	4.230	Bon	Bon	5 avril
442	III	2 avril	8 ^e »	id. (s. gauche)	»	4.270	3.250	non guérie	Bon	16 avril
557	I	30 avril	11 ^e »	Galactophorite (s. droit)	»	3.250	3.300	Bon	Bon	
588	II	6 mai	8 ^e »	id. (s. droit)	»	3.120	3.300	Bon	Bon	
617	II	11 mai	6 ^e »	id. (s. gauche)	»	3.570	3.750	Bon	Bon	24 mai
676	I	24 mai	11 ^e »	Lymphangite	»	3.390		Bon	11 ^e jour	1 ^{er} juin
742	VI	9 juin	9 ^e »	id. (s. gauche)	»	1.570	3.620	Pas. méd.	Mort	16 juin
790	II	19 juil.	10 ^e »	id. (s. gauche)	»	3.600	3.400	Bon	Bon	19 juin
825	II	25 juil.	10 ^e »	id. (s. gauche)	»	3.920	3.100	Bon	Bon	1 ^{er} août
898	II	8 août	8 ^e »	id. (s. droit)	»	3.000	2.800	Bon	Bon	4 août
I. 185	I	9 oct.	9 ^e »	id. (2 seins)	»	2.700	2.130	Bon	Bon	19 août
I. 415	II	28 nov.	9 ^e »	id.	»	2.130	2.130	Bon	Bon	29 oct.
I. 448	I	5 déc.	5 ^e »	Galactophorite (s. droit)	»	2.530	2.360	I gr. Albu.	A. Bon	9 déc.
					»	2.250	2.350	A. Bon	Bon	16 déc.

Année 1904

No de l'accouchem.	Partie	Date de l'accouchement	Date de la phlegmasie (début)	Nature de la phlegmasie	Traitement	Poids de l'enfant à la naissance	Poids de l'enfant à la sortie	Sortie		
								Etat de la mère	Etat de l'enfant	Date de la sortie
74	I	15 janv.		Lymphangite (2 seins)	Suspension de l'allaitement Compresse de nitrate d'argent	gr. 3.480	gr. 3.480	Bon	Bon	28 janv.
161	III	3 fév.	8 ^e jour	Galactophorite (sein droit)	»	3.500		Bon	Bon	17 fév.
186	II	7 fév.	5	Lymphangite (sein droit)	»	3.780	3.800	Bon	Bon	19 fév.
200	III	10 fév.	9	Lymphangite (sein gauche)	»	1.580	1.820	Bon	Bon	25 fév.
215	I	11 fév.	8	Galactophorite (sein gauche)	»	2.400		Bon	Bon	
218	IV	13 fév.	9	Galactophorite (sein droit)	»	3.220	3.250	Mauvais	Bon	22 fév.
273	I	24 fév.	8	Galactophorite (sein gauche)	»	3.360	3.300	Bon	Bon	6 mars
280	I	26 fév.	7	Galactophorite (sein droit)	»	3.220	300	Bon	A. bon	
313	I	3 mars	6	Galactophorite (2 seins)	»	3.180		Assez bon		25 mars
391	I	21 mars	7	Lymphangite (sein droit)	»	2.300	2.270	Bon	A. bon	3 avril
401	I	24 mars	7	Lymphangite (sein gauche)	»	3.250	3.270	Bon	Bon	8 avril
414	I	27 mars	8	Lymphangite (2 seins)	»	2.750	2.750	Bon	Bon	2 avril
489	I	11 avril	11	Galactophorite (2 seins)	»	3.440	3.200	Bon	A. Bon	9 mai

	24 avril	10 ^e jour	Lymphangite (2 seins) Lymphangite (sein gauche) Lymphangite (sein droit) Lymphangite (2 seins) Galactophorite (2 seins) Lymphangite (sein droit)	» » » » Abscès (2 seins). Incision. »	Compresses de nitrate d'argent	Vessie de glace	3.350 3.750 3.220 2.900 3.270 3.300	3.360 3.850 3.300 3.030 3.450	Bon » » » » Bon	Bon » » » » Bon	10 mai 14 mai 12 juin 18 juin 19 juin 21 juill.
546 573 699 716 729 772	I II III I I II	» 10 » 7 » »	» » » » » »	» » » » » »	» » » » » »	» » » » » »	» » » » » »	» » » » » »	» » » » » »	» » » » » »	» » » » » »
795 811 902 951 955 1.071 1.080 1.084 1.126 1.171 1.192 1.206 1.257 1.314 1.475 1.512 1.513 1.574	II II III I III I I IV II VII I I II I II I III I	5 4 8 5 6 4 6 12 8 » 10 30 7 9 8 4 4 9	Lymphangite (sein gauche) Galactophorite (sein droit) Lymphangite (sein droit) Lymphangite (sein gauche) Lymphangite (sein gauche) Lymphangite (2 seins) Lymphangite (2 seins) Lymphangite (sein gauche) Lymphangite (sein droit) Lymphangite (sein droit) Lymphangite (sein droit) Galactophorite (2 seins) Lymphangite (sein gauche) Galactophorite (sein droit) Lymphangite (sein droit) Lymphangite (2 seins) Lymphangite (sein gauche) Lymphangite (2 seins) Galactophorite (sein gauche)	» » » » » » » » » » » » » » » » » » » »	» » » » » » » » » » » » » » » » » » » »	» » » » » » » » » » » » » » » » » » »	3.900 3.400 3.450 3.000 2.850 3.100 3.300 3.580 2.360 3.850 3.400 1.700 3.320 3.350 4.400 2.950 3.600 3.325	3.850 3.260 3.080 2.830 2.700 3.380 3.700 2.230 3.630 3.500 2.250 3.350 3.210 4.200 3.020 3.630 3.630	Bon Bon Bon » » A. Bon Bon » A. Bon Non guérie Bon Bon Bon » » » » »	Bon Bon Bon » » A. Bon Bon » A. Bon Non guérie Bon Bon Bon » » » » »	21 juill. 30 août 11 août 23 août 22 août 11 sept. 22 sept. 21 sept. 30 sept. 3 oct. 11 oct. 3 nov. 6 déc. 15 déc. 28 déc.

No de l'acc.	Partie	Date de l'acc.	Date de la phleg.	Nature de la phlegmasie	Traitement	Poids de l'enfant à la naissance gr.	Poids de l'enfant à la sortie gr.	Sortie		
								Etat de la mère	Etat de l'enfant	Date de la sortie
105	I	24 janv.	10 ^e jour	Galactophorite	Suppression de l'allaitement	3.900	3.660	Bon	Bon	8 févr.
147	II	3 févr.	6 »	Lymphangite (s. gauche)	Compresses de vessie de glace	3.220	3.150	»	»	14 févr.
165	IV	7 févr.	4 »	Galactophorite (s. droit)	nitrate d'argent	3.350	3.490	»	»	
196	I	14 févr.	8 »	Lymphangite (s. droit)	»	3.350		»	»	
203	I	15 févr.	8 »	» (2 seins)	»		2.800	»	»	26 févr.
208	II	16 févr.	9 »	Galactophorite (s. droit)	»	2.820		»	»	3 mars
211	III	17 févr.	6 »	» (s. droit)	»			»	»	28 févr.
263	I	27 févr.	7 »	» (s. gauche)	»			»	»	12 mars
297	II	7 mars	8 »	» (s. gauche)	»			»	mauvais	
308	I	10 mars	9 »	Galactophorite (s. droit)	abcès incision au 23 ^e	3.220	3.075	A. Bon	A. Bon	31 mars
329	V	14 mars	7 »	Lymphangite (s. droit)	»	3.200	2.500	Bon	Bon	25 mars
330	I	15 mars	4 »	» (s. droit)	»	2.650	2.680	»	»	24 mars
426	I	3 avril	6 »	» (s. gauche)	»			»	»	
582	I	1 ^{er} mai	10 »	»	»			»	»	
655	I	16 mai	»	Lymphangite (sein droit)	»	3.470	3.300	»	»	
681	II	21 mai	5 »	» (s. droit)	»	2.480	2.640	»	»	5 juin
729	I	29 mai	8 »	» (s. droit)	»	3.430	3.480	non guérie	»	29 mai
750	I	3 juin	12 »	»	»	2.690	2.730	Bon	»	10 juin
764	I	5 juin	10 »	»	»	2.250	2.400	»	»	21 juil.
823	II	16 juin	13 »	Galactophorite (s. droit)	»	3.780	3.800	non guérie	»	28 juin
857	II	21 juin	9 »	» (s. droit)	»	3.200	3.150	Bon	mauvais	3 juil.
859	I	24 juin	10 »	Lymphangite (s. gauche)	»	1.400	1.650	»	Bon	
896	I	30 juin	16 »	Lymph. et Galactoph. (s. droit)	»	2.950	3.130	»	»	30 juil.
981	IV	16 juil.	8 »	Lymphangite	»	3.500	3.725	»	»	27 juil.
I. 120	I	9 oct.	6 »	Galactophorite (s. gauche)	»	3.300	3.100	»	»	23 oct.
I. 143	III	14 oct.	11 »	» (s. droit)	»	2.600	2.650	»	»	28 oct.
I. 225	I	4 nov.	14 »	Lymphangite (s. droit)	»	3.650	3.740	A. Bon	»	
I. 276	II	11 nov.	7 »	Galactophorite (s. droit)	»	3.050	3.540	Bon	»	1 ^{er} déc.
I. 284	I	13 nov.	9 »	Lymphangite	»	3.090	3.550	»	»	9 déc.
I. 405	I	10 déc.	9 »	»	»	2.650	2.790	»	»	23 nov.
I. 510	II	27 déc.	6 »	Galactophorite (s. droit)	»	3.130	3.300	»	»	
					»	3.780	3.720	»	»	12 janv.

N° de l'accouchement.	Parité	Date de l'accouchement	Date de la phtegmasie (début)	Nature de la phtegmasie	Traitement	Poids de l'enfant à la naissance	Poids de l'enfant à la sortie	Sortie		
								Etat de la mère	Etat de l'enfant	Date de la sortie
68	I	14 janv.	8 jour	Galactophorite	Suspension de l'allaitement	gr.	gr.			
164	II	5 févr.	6 »	Lymphangite	Compresses	2.670		Mauvais	Mort	28 janv.
243	I	25 févr.	7 »	» (2 seins)	de nitrate d'argent	3.200	3.300	Eclampsie	2° jour	16 févr.
244	I	26 févr.	9 »	» (sein droit)	»	3.400	3.320	A. Bon	Bon	9 mars
246	I	25 févr.	7 »	Lymph.-Galactoph. (s. droit)	»	2.870	2.900	Bon	»	9 mars
293	II	12 mars	8 »	Galactophorite (sein droit)	Abcès, incision, rhumatisme, albumine.	3.100	2.940	Médecine	A. Bon	19 avril
						3.000		Non guérie		22 mars
514	II	25 avril	5 »	Lymphangite (sein gauche)	»	4.980	4.980	Bon	Bon	7 mai
543	I	2 mai	7 »	Lymphangite (sein droit)	»	2.000		Bon		12 juin
640	II	25 mars	3 »	Lymphangite (sein droit)	»	3.100	3.140	Non guérie	Bon	3 juin
886	I	14 août	11 »	Lymphangite (sein droit)	»	3.670	3.950	Bon	Bon	3 sept.
921	I	20 août	6 »	Galactophorite (sein gauche)	»	2.920	2.780	»	A. Bon	30 août
I. 097	I	27 sept.	11 »	Galactophorite (sein gauche)	»	3.350	3.380	»	Bon	
I. 176	III	14 oct.	10 »	Lymphangite (sein droit)	»	3.310	3.370	»	»	
I. 262	I	30 oct.	8 »	Lymph. et Galactop. (s. gauche)	»	2.850	2.780	»	»	
I. 404	I	30 nov.	13 »	Galactophorite (sein gauche)	»	3.130	3.070	»	»	18 déc.
I. 541	I	26 déc.	9 »	Lymphangite (sein droit)	»	2.950	3.060	Non guérie	»	4 janv.
I. 542	I	26 déc.	3 »	Galactophorite (sein gauche)	»	2.950	2.850	Bon	Bon	10 janv.
I. 558	II	30 déc.	6 »	Lymphangite (sein gauche)	»	3.770	3.770	»	»	15 janv.

Année 1907

No de l'accouchement	Parité	Date de l'accouchement	Date de la phlegmasie (début)	Nature de la phlegmasie	Traitement	Poids de l'enfant à la naissance	Poids de l'enfant à la sortie	Sortie		
								Etat de la mère	Etat de l'enfant	Date de la sortie
18	III	5 janv.	13 ^e jour	Galactophorite	Suspension de l'allaitement Compresses de Vessie de nitrate d'argent glace	gr. 3.080	gr. 3.560	Bon	Bon	24 janv.
67	I	18 janv.	11	Lymphangite	» (2 jours)	2.350	2.400	»	»	31 janv.
108	I	25 janv.	9	Lymphangite (sein droit)	»	3.350	3.300	»	»	8 fév.
120	II	28 janv.	6	Lymphangite (sein gauche)	»	2.600	»	»	»	7 fév.
144	IV	2 fév.	5	Abcès	» (Incision)	3.230	3.130	»	»	14 mars
208	I	15 fév.	16	Galactophorite (sein gauche)	»	3.070	2.980	»	»	11 mars
386	I	24 mars	10	Lymphangite (2 seins)	»	3.200	3.280	»	»	7 avril
406	I	26 mars	7	Lymphangite (sein droit)	»	2.350	2.300	A. bon	A. bon	6 avril
433	III	1 ^{er} avril	10	Galactophorite (sein droit)	»	3.500	3.800	Bon	Bon	18 avril
537	I	25 avril	13	Lymphangite (sein gauche)	»	2.000	1.980	»	»	16 mai
556	III	26 avril	7	Galactophorite (sein droit)	»	2.730	2.730	Non guérie	Médiocre	16 mai
557	III	25 avril	8	Galactophorite	»	2.720-2.430	2.840-2.480	»	»	3 mai
618	II	9 mai	6	Lymphangite (sein gauche)	»	3.950	»	Non guérie	»	16 mai
634	II	13 mai	9	Lymphangite (sein gauche)	»	3.500	3.400	Bon	Bon	26 mai
658	V	16 mai	9	Lymphangite (sein gauche)	»	»	»	Bon	Bon	30 mai

	I	19 juill.	9 ^e jour	Lymphangite (sein gauche)	Suspension de l'allaitement Compresses de nitrate d'argent	Vessie de glace	2.150	2.200	Bon	A. bon	1 ^{er} août
764	I										
803	II	17 août	11	Lymphangite	»	»	3.100	2.750	»	Médiocre	1 ^{er} sept.
916	I	23 août	9	Lymphangite (sein gauche)	»	»	2.500	2.410	»	A. bon	7 sept.
918	I	22 août	8	Lymphangite	»	»	3.600	3.210	Nonguérie	A. bon	1 ^{er} sept.
958	I	31 août	8	»	»	»	3.580	3.640	Bon	Bon	
I. 150	II	9 oct.	6	Lymphangite (sein droit)	»	»	2.250	2.130	Nonguérie	Médiocre	18 oct.
I. 151	I	9 oct.	11	Galactophorite (sein gauche)	»	»	2.010	2.200	Bon	A. bon	
I. 210	I	21 oct.	10	Lymphangite (sein gauche)	»	»	3.240	3.350	Nonguérie	Bon	1 ^{er} nov.
I. 228	I	24 oct.	12	Abcès 2 seins (Phlébite double)	»	»	3.230	4.280	Bon	»	16 déc.
				18 ^e jour							
I. 297	II	9 nov.	8	Lymphangite	»	»	3.340	3.130	Nonguérie		19 nov.
I. 306	I	11 nov.	14	Lymphangite (sein gauche)	»	»	2.820	3.525	Bon	Bon	3 déc.
I. 310	II	11 nov.	7	Galactophorite	»	»	3.750		»	»	
I. 337	VII	20 nov.	8	Galactophorite (sein droit)	»	»	2.400-2.500	2.430-2.530	»	A. bon	
I. 354	III	22 nov.	9	Galactophorite (sein gauche)	»	»	3.370	3.500	»	Bon	22 déc.
				(Phlébite variqueuse)							
I. 378	I	27 nov.	8	Galactophorite (sein gauche)	»	»			»	Bon	14 déc.
I. 383	I	28 nov.	6	Galactophorite	»	»	3.090	3.120	Nonguérie	A. bon	13 déc.
I. 386	II	29 nov.	8	Galactophorite (sein gauche)	»	»	3.410	2.950	»	Bon	12 déc.
I. 389	II	28 nov.	8	Lymphangite	»	»	3.450	3.680	Bon	Bon	
I. 398	II	1 ^{er} déc.	15	»	»	»	3.680		»	Mort	
										17 ^e jour	
I. 419	VII	4 déc.	5	Galactophorite (sein gauche)	»	»	2.360	2.430	»	A. bon	15 déc.
I. 486	IV	18 déc.	11	Lymphangite (sein gauche)	»	»	3.950	4.120	Nonguérie	Bon	29 déc.
I. 493	II	19 déc.	8	Galactophorite	»	»	2.920	2.850	»	»	28 déc.
I. 546	I	31 déc.	14	Lymphangite (albuminurie)	»	»	1.930	2.600	A. bon	A. bon	

No de l'acc.	Partie	Date de l'acc.	Date de la phleg.	Nature de la phlegmasie	Traitement	Poids de l'enfant à la naissance gr.	Poids de l'enfant sortie gr.	Sortie		
								Etat de la mère	Etat de l'enfant	Date de la sortie
35	II	7 janv.	7 ^e jour	Lymphangite (sein droit)	Suspension de l'allaitement Compresses de Vessie de glace nitrate d'argent	2.870	2.880	Ron	Bon	27 janv.
47	I	31 déc.	15 »	» (s. droit)		3.770	3.500	»	A. B.	9 févr.
132	I	27 janv.	4 »	» (s. gauche)		3.200	3.150	»	Bon	7 févr.
137	I	28 janv.	7 »	Galactophorite		2.400	2.375	»	A. Bon	13 févr.
134	I	27 janv.	14 »	»		3.650	3.675	»	Bon	14 févr.
152	I	31 janv.	11 »	Lymphangite (s. gauche)	Bier-Knapp-incision	3.090	3.070	»	»	18 févr.
186	II	8 févr.	8 »	»		2.780	2.830	»	»	20 févr.
198	II	9 févr.	7 »	»		2.490	2.380	»	»	22 mars
223	I	14 févr.	6 »	Galactophorite. Abcès		2.830	2.850	non guérie	»	27 févr.
237	I	17 févr.	8 »	»		3.120	3.080	Bon	A. Bon	7 mars
283	II	25 févr.	10 »	Lymphangite	»	3.080	2.940	non guérie	A. Bon	17 mars
330	I	6 mars	7 »	»		3.200	2.990	Bon	A. Bon	19 mars
331	I	6 mars	7 »	» (2 seins)		3.030	2.850	»	Bon	19 mars
332	I	6 mars	3 »	»		3.150	3.080	»	Bon	23 mars
364	II	11 mars	7 »	» (s. droit)		3.900	3.650	»	A. Bon	6 avril
411	I	21 mars	7 »	Galactoph. (s. gauche)	»	2.930	2.970	»	Bon	9 avril
429	IV	25 mars	11 »	Lymphangite (s. droit)		3.820	4.070	»	»	15 avril
463	I	31 mars	7 »	» (2 seins)		2.900	2.880	»	»	25 avril
537	VI	13 avril	8 »	Galactoph. (s. droit)		2.320	2.530	»	»	12 mai
553	I	15 avril	12 »	Galactoph. (2 seins)		2.820	2.750	»	»	
572	I	19 avril	5 »	Lymph. et Galact. (s. gauche)	Bier-Knapp			»	»	
	I	24 avril	9 »	Lymphangite (sein gauche)				»	»	
603	II	27 avril	7 »	Galactophorite		4.180	4.330	»	»	
619	II	28 avril	11 »	Lymphangite (s. gauche)		3.020	3.270	non guérie	»	9 mai
	II	6 juin	8 »	Lymph. et galactoph. (s. droit)		3.160	3.225	guérie	»	
	IV	7 juin	8 »	Lymph. et galactoph. (s. droit)		3.400	3.300	guérie	»	

CONCLUSIONS

I. — Les infections des seins durant l'allaitement sont, comme toute lésion inflammatoire observée en une région quelconque du corps, le fait de l'envahissement de l'organisme par des microbes.

II. — Ces microbes sont le plus souvent des staphylocoques blancs ou dorés, moins fréquemment des streptocoques pyogènes.

III. — Ces microbes empruntent généralement la voie lymphatique ou celle des conduits galactophores, rarement la voie sanguine.

IV. — Leur apparition est au plus favorisée par la production, si fréquente surtout chez les primipares, des érosions ou crevasses des seins.

V. — Une rigoureuse prophylaxie par un ensemble de précautions hygiéniques et antiseptiques bien comprises pourra les prévenir ou tout au moins rendre bien plus rare leur invasion par les bactéries. Par conséquent les phlegmasies mammaires seront elles-mêmes diminuées d'autant.

VI. — Lorsque, malgré ces soins prophylactiques, les infections de la mamelle se seront produites on pourra les traiter de plusieurs façons (pansements de Budin, Pinard,

Lepage, Brindeau pour les lymphangistes ; méthode de Budin, de Bier-Knapp, de Legroux pour les galactophoristes) qui, à notre avis, présentent de sérieux inconvénients.

VII. — Aussi leur préférera-t-on les compresses de nitrate d'argent au 1/150 et les vessies de glace renouvelées toutes les deux ou trois heures, assurant une bonne compression et le repos complet de la glande. L'expression de la fin dans le cas de galactophorite ne sera qu'une précaution pour l'enfant et qu'une vérification clinique de la guérison.

VIII. — La glace par son action analgésique, son influence sur la circulation, sur la respiration et les combustions, sur les fibres musculaires, sur les différentes cellules et sur les microbes favorise la lutte de l'organisme. Employée à temps elle n'échoue presque jamais et amène la prompte rétrocession du processus inflammatoire.

Vu : le Président de la thèse
BAR

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

I. — *Phlegmasies mammaires*

- ARBEL. — Contributions à l'étude de la galactophorite. Thèse de 1890.
- ARTHUIS. — Du phlegmon et des abcès parenchymateux de la mamelle. Thèse, 1876.
- BECKEL. — Académie de Médecine, 30 avril 1889.
- BERMEZON. — Etude sur l'étiologie et la pathogénie des abcès de la région mammaire. Thèse de Paris, 1884.
- BERTHUS. — Thèse de Genève, 1894.
- BOISSARD. — De la galactophorite, Semaine médicale, 11 octobre 1893.
- BORIES. — Des abcès parenchymateux du sein et de leur traitement. Thèse de Paris, 1858.
- BOUCHACOURT. — Maladies des mamelles dans leur rapport avec la lactation et l'allaitement. Dict. encyclopédique des sciences médicales. Paris, 1871.
- BRÉAL. — Contribution à l'étude de la galactophorite. Thèse de Paris, 1899.
- BRINDEAU. — De la galactophorite. Union médicale, 1896, n° 9.
- BUDIN. — Leçons cliniques, 1889.
- BUDIN et CHAVANNE. — Bulletin de l'Académie de Médecine. Juillet, 1892.
- BUMM. — Sammburg, Kin. vortrage.
- CATALIOTTI. — De la galactophorite. Thèse de Paris, 1888.
- CHASSAIGNAC. — Gazette médicale de Paris, 1855. Traite-

- ment pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, 1859. t. II.
- CLAUDE. — Du phlegmon et des abcès parenchymateux du sein. Thèse de Paris, 1862.
- COURGEY. — Fréquence et lésions de la mamelle et du mamelon chez les nourrices. Thèse, Paris, 1877.
- DELBET. — Article mastite du traité de chirurgie t. VII.
- DÉMELIN. — De la prophylaxie des abcès du sein pendant la grossesse et l'accouchement. Revue générale de clinique, 1891, p. 768.
- DLUSEKI-BRONISLAS. — Contribution à l'allaitement maternel. Thèse Paris, 1864.
- DANIEL. — Des abcès glandulaires du sein chez les nouvelles accouchées. Thèse de Paris, 1883.
- DUPLAY. — Des abcès du sein, progrès médical, 1891.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.
- ESCHERICH. — Bacteriologische untersuchungen uber Franemlich. Forschrifte der medicin, n° 8, 1885.
- GENOUD. — Thèse de Lyon, 1894.
- GIRALDÈS. — Des abcès du sein. Leçon clinique in gaz, des hôpitaux, 1854.
- GOSSELIN. — Clinique chirurgicale de la Charité, 1879.
- GUERRA. — Thèse de Genève, 1894.
- HACHE. — Sur la guérison rapide des abcès intra-glandulaires du sein. Revue de chirurgie, mars 1892.
- JACCOUD. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie. Article mamelles.
- KOESTLIN. — Beitrage zur frage des Keringehaltes der Franemlich und zur ætiologie des mastites, 1898.
- LANNELONGUE. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique. Article mamelles, 1875.
- LEFEBVRE. — Des abcès du sein, Thèse de Paris, 1856.
- LEGRY. — Ophthalmie et abcès du sein. Progrès médical, 1887.
- LEHALLAIS. — Étiologie et traitement des abcès parenchyma-

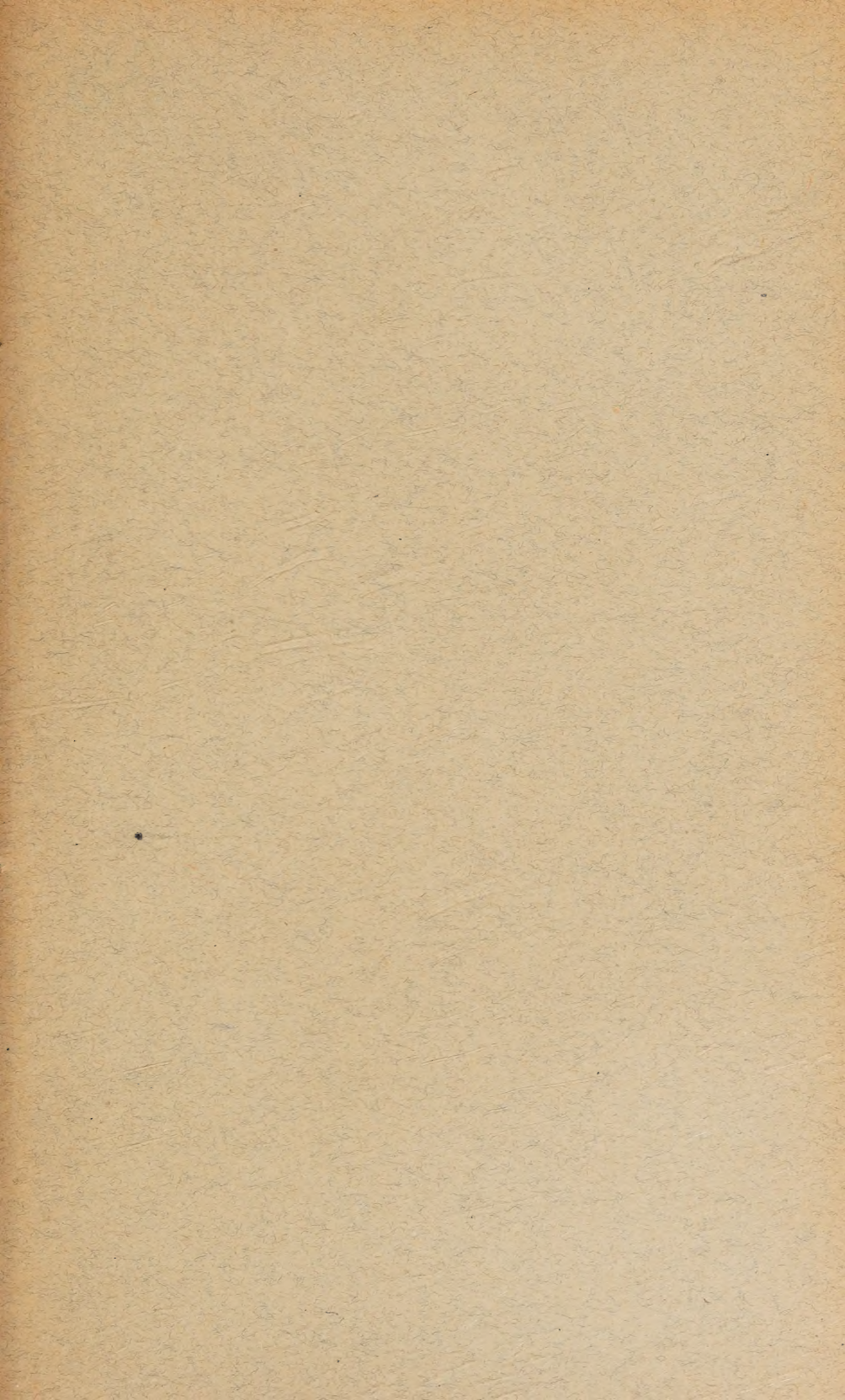
- teux du sein chez les nouvelles accouchées. Thèse de Paris, 1878.
- MARMADUKE. — Sheild, Semaine médicale, mai, 1896.
- MENDAILLES. — Des mastites puerpérales et de leur traitement. Thèse de Paris, 1896.
- MÉRITT. — Quelques recherches sur le rapport des crevasses du mamelon aux abcès du sein. Thèse de Paris, 1887.
- MONNIER. — Essai sur la pathogénie des abcès du sein post-puerpéraux. Thèse de Paris, 1891.
- NÉLATON. — Sur l'étiologie et le diagnostic des abcès du sein. Presse médicale, 1853.
- NUNN. — Abcès du sein statistique.
- PETIT J. L. — Œuvres complètes. Edition de 1837, p. 391.
- PIANTE. — Sur la genèse et le traitement des abcès du sein. Thèse de Lyon 1885.
- PINGAT. — De la prophylaxie des abcès du sein pendant la grossesse et l'allaitement Thèse de Paris, 1890-1891.
- RESSEIN. — Traitement préventif des lymphangites et des abcès du sein pendant l'allaitement. Thèse de Paris, 1884.
- ROSSNI. — Excoriations et inflammation du mamelon chez les nourrices, Gazette médicale, 1845.
- ROUZAUD. — Fréquence, prophylaxie et traitement des crevasses du mamelon. Thèse de Paris, 1907.
- SAPPET. — Traité d'anatomie, 1868, 2^e édition, t. II.
- SOLOMYAN BIRFELD. — Fissures et lymphangites pendant l'allaitement. Thèse de Paris, 1900.
- TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements.
- TEISSEIRE. — Gerçures et crevasses. Traitement par l'ortophorme. Thèse de Paris, 1899.
- TRIPPIER. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 2^e série.

- VARNIER. — Gerçures, lymphangite, abcès du sein chez les nourrices. *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*, 1891.
- VELPEAU. — *Traité des maladies du sein*. Paris, 1856. Cliniques chirurgicales, t. II.
- VERCHÈRE. — Lymphangite. *France médicale*, 1881.
- VERETTE. — Des gerçures du sein chez les femmes qui allaitent. Thèse de Strasbourg, 1865.
- VERGEADE. — Thèse sur les lymphangites, 1881.

II. — *Action du froid et de la glace*

- ABBA. — *Über den mechanischen der biologischen des eises experimentale studien* Ztsch. f. hyg. infekzionik. Leipzig; 1903.
- AMUSSAT. — De l'emploi de l'eau en chirurgie.
- ANDERSON. — *Thérapeutique valre of ici*. *Thérap. gaz*. Détroit, 1885.
- AUBAY. — *Avantages del'eau froide*. Thèse de Montpellier, 1830.
- BARRA. — *Usage de la glace, de la neige et du froid*.
- BARRABÉ. — *Essai sur l'usage médical de la glace*. Thèse de Paris, 1817.
- BEHIER. — *Cliniques médicales de la Pitié*, 1861-1862.
- BORDIER. — *Revue critique sur l'emploi du froid dans les maladies aiguës*, *Journal de thérapeutique*, 1874.
- BRIAND. — *De l'emploi de la glace dans le traitement des accidents des suites de couche* (Paris, 1866, thèse).
- BO TENTINT. — *Hygiène et thérapeutique*, 1866.
- BROWN SÉQUARD. — *Remarques sur l'influence du froid appliqué à une petite partie du corps de l'homme* (*Journal de physiologie*, 1858).
- CARPENTER. — *Des sacs de glaces* (*Med. Times. and. gaz*, 1860).
- CAZEAUX. — *Traité d'accouchements*

- CHAPUIS. — Essai sur l'emploi du froid comme moyen de traitement. Thèse de Paris, 1844.
- CZERWINSKI. — Compendium de thermothérapie.
- DEVERS. — De la glace et de son emploi hygiénique et thérapeutique. Thèse de Montpellier, 1887.
- DUCLAUX. — Traité de microbiologie, 1899, t. I.
- DUJARDIN-BEAUMETZ. — Leçons cliniques. Dictionnaire de thérapeutique.
- KOUDEROFF. — Application de glace. Journal de médecine, Moscou, 1875.
- LABADIE-LAGRAVE. — Du froid en thérapeutique. Thèse de concours, 1878.
- LOMBARD. — Propriétés de l'eau froide en chirurgie.
- LEBEAUPIN. — Des applications de glace sur l'abdomen. Etude clinique. Thèse de Bordeaux, 1858.
- PENANT. — Du froid et de son application dans les maladies. Thèse de Paris, 1855.
- PONTE. — Des effets physiologiques et pathologiques du froid. Thèse, Paris, 1868.
- ROUBAUD. — Utilité des applications du froid. Thèse de Paris, 1808.
- RICHEL. — Thèse de concours, 1847.
- SCOUTTETEN. — Traité de l'eau froide, 1841.
- STUMPF. — De glaciei usu medico, 1822.
- WANNER. — De l'emploi de la glace comme agent thérapeutique et des lois à observer dans son mode d'administration, 1849.
- WOECHTER. — De glaciei usu in morbis chirurgicis, 1859.



355